



Universidade de Aveiro Departamento de Economia, Gestão, Engenharia  
2016 Industrial e Turismo

MAFALDA SIMÕES  
ALMEIDA

SOLIDÃO, QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO  
COM A VIDA NOS IDOSOS: UMA ABORDAGEM DE  
MARKETING DE SERVIÇOS EM IPSS





Universidade de Aveiro Departamento de Economia, Gestão, Engenharia  
2016 Industrial e Turismo

MAFALDA SIMÕES  
ALMEIDA

## SOLIDÃO, QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM A VIDA NOS IDOSOS: UMA ABORDAGEM DE MARKETING DE SERVIÇOS EM IPSS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica da Doutora Nina Katarzyna Szczygiel, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro.



Dedico esta dissertação aos meus pais e à minha irmã.



o júri

Presidente

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Isabel Dias Daniel

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo, Universidade de Aveiro

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Alexandra da Costa Dias

Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo, Universidade de Aveiro

Prof.<sup>a</sup> Doutora Nina Katarzyna Szczygiel

Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo, Universidade de Aveiro (Orientadora)





## agradecimentos

À minha família, por todo o apoio que me permitiu chegar até esta etapa e por toda a dedicação que não tem preço.

Ao Micael Sousa, pelo carinho e amizade.

À Joana Pontes, um agradecimento muito especial pelo incansável apoio e incentivo.

À Professora Doutora Nina Katarzyna Szczygiel, pela orientação, incentivo e disponibilidade.

Ao Daniel Marques, pelo auxílio e disponibilidade.

A todos os idosos que participaram neste estudo, que disponibilizaram o seu tempo e partilharam algumas das suas vivências.

Às instituições e a todos os seus colaboradores, que permitiram a realização do estudo e disponibilizaram o seu tempo e espaço.

Ao Padre Pedro, por todo o apoio na divulgação do estudo com intuito de captar participantes e pela cedência do espaço no cartório paroquial da Gafanha da Encarnação.

À Joana Ramos, amiga e companheira desta jornada, pois partilhámos as dificuldades e havemos de partilhar a vitória de mais uma etapa concluída.

À Vanessa Vieira, pela amizade e encorajamento.

Ao Daniel Felícia, pela amizade e motivação.



## palavras-chave

Idosos, solidão, qualidade de vida, satisfação com a vida, marketing de serviços.

## Resumo

O envelhecimento da população como consequência das reduzidas taxas de natalidade e mortalidade, do aumento da esperança média de vida, das melhorias das condições de vida e de saúde, suscitam a importância de repensar as respostas sociais e os serviços para a população mais envelhecida, readaptando-os a esta nova, complexa realidade. Ressaltando a relevância de trabalhar em prol desta faixa etária, a solidão, a qualidade de vida e a satisfação com a vida são aspetos de grande interesse para serem abordados e explorados nos idosos.

No presente trabalho estudou-se a população idosa a viver em contexto institucional e na comunidade, analisou-se a solidão, a qualidade de vida e a satisfação com a vida percebidas. Procurou-se testar se o contexto residencial tem implicações no sentimento/estado de solidão, na qualidade de vida e na satisfação com a vida percebidas, e explicar como a solidão contribui para o fenómeno da satisfação com a vida e para o fenómeno da qualidade de vida nos seus diferentes domínios.

Participaram no estudo 206 sujeitos (idade  $\geq 65$  anos), dos quais 103 residiam em estrutura residencial para idosos e 103 na comunidade dos municípios de Aveiro e Ílhavo. A qualidade de vida foi avaliada através da escala WHOQOL-bref, a satisfação com a vida através da escala SWLS e a solidão através da escala UCLA. Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita à solidão nos seus domínios geral e isolamento social, e nos domínios físico, psicológico, das relações sociais, ambiental e geral da qualidade de vida, mas não na satisfação com a vida e no domínio das afinidades da solidão. A regressão linear demonstra ser uma abordagem correta para modelar a relação entre a solidão e os domínios físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida e a relação entre a solidão e a satisfação com a vida.

Este estudo contribui para uma melhor compreensão da importância que as pessoas dão ao contexto em que vivem. À luz dos resultados, demografia atual e desafios económicos e sociais apresenta-se uma abordagem de marketing em serviços de cuidado para a resposta social de estrutura residencial para pessoas idosas, alertando para uma prestação de cuidados de qualidade focada no utente, com uma mensagem clara e transparente através dum relacionamento contínuo entre as partes interessadas.



## Keywords

Elderly, loneliness, quality of life, satisfaction with life, service marketing.

## Abstract

The population aging as a consequence of low birth rates and mortality, increasing life expectancy, improvements in health and living conditions bring pressure to rethink social solutions and services for the aging population, readapting them to this new complex reality. With a clear necessity of working toward this age group, loneliness, quality of life and satisfaction with life are highly relevant aspects that should be addressed and explored in the elderly.

The present work studied the elder population living both, in the institutional setting and in the community, and examined its perceived loneliness, quality of life and satisfaction with life. It was aimed to verify whether the dwelling context is important as a factor shaping the feeling of loneliness, quality of life and satisfaction with life and to explain how loneliness contributes to the phenomenon of satisfaction with life and to the phenomenon of quality of life in its different domains.

In total, 206 subjects (age  $\geq 65$  years) participated in the study, of which 103 lived in the nursing home and other 103 in the community in the municipalities of Aveiro and Ílhavo. Quality of life was evaluated by the WHOQOL-bref, satisfaction with life by the SWLS and loneliness by the UCLA instrument. The results demonstrate statistically significant differences between groups in respect to loneliness in its general and social isolation domains, and in physical, psychological, social relations, environmental and general domains of quality of life, but not in satisfaction with life and the affinities domain of loneliness. Linear regression appears to be the right approach to model the relation between loneliness and physical, psychological and environmental domains of quality of life, and the relation between loneliness and satisfaction with life.

The study contributes for a better understanding of importance people give to the context in which they live. In light of the results and current demographic, and economic and social challenges, it presents an approach to marketing in residential care services, calling for a user-focused, quality care provision with a clear and transparent message through a continuous relation with the stakeholders.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO 1: ENVELHECIMENTO .....	7
1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO .....	7
1.1.1 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO .....	8
CAPÍTULO 2: QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS .....	11
CAPÍTULO 3: SATISFAÇÃO COM A VIDA NOS IDOSOS .....	15
CAPÍTULO 4: SOLIDÃO NOS IDOSOS .....	19
4.1 O IDOSO INSTITUCIONALIZADO .....	20
4.2 O IDOSO NO DOMICÍLIO .....	22
CAPÍTULO 5: MARKETING DE SERVIÇOS .....	25
5.1 SERVIÇOS .....	25
5.2 ESTRATÉGIA DE MARKETING EM SERVIÇOS .....	28
CAPÍTULO 6: METODOLOGIA .....	37
6.1 PARTICIPANTES .....	37
6.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	38
6.3 PROCEDIMENTO E RECOLHA DE DADOS .....	39
6.4 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	40
6.5 ASPETOS ÉTICOS DE INVESTIGAÇÃO .....	40
6.6 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	41
6.7 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	42
6.8 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	43
6.8.1 ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA) .....	43
6.8.2 ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref) .....	44
6.8.3 ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS) .....	44
6.9 MÉTODOS .....	45

CAPÍTULO 7: RESULTADOS .....	47
7.1 ANÁLISE DESCRITIVA .....	48
7.2 TESTES DE HIPÓTESES .....	52
7.3 ANÁLISE DE REGRESSÕES .....	55
CAPÍTULO 8: DISCUSSÃO .....	59
CAPÍTULO 9: CONCLUSÃO .....	71
9.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
ANEXOS .....	85
ANEXO 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO .....	87
ANEXO 2 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	89
ANEXO 3 – ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA) .....	91
ANEXO 4 – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref) .....	93
ANEXO 5 – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS) .....	95



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização sociodemográfica	49
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das médias e desvios-padrão relativos à percepção de solidão segundo os itens da escala de solidão (UCLA).....	50
<b>Tabela 3.</b> Distribuição das médias e desvios-padrão relativos à percepção de qualidade de vida segundo os itens da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) .....	51
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das médias e desvios-padrão relativos à percepção de satisfação com a vida segundo os itens da escala de satisfação com a vida (SWLS) .....	52
<b>Tabela 5.</b> Diferenças entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face à solidão avaliada pela escala (UCLA) .....	53
<b>Tabela 6.</b> Comparação dos resultados dos diferentes domínios da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) com a condição de institucionalização do idoso.....	54
<b>Tabela 7.</b> Diferenças entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face à satisfação com a vida avaliada pela escala de satisfação com a vida (SWLS) .....	55
<b>Tabela 8.</b> Regressão linear simples cujas variáveis dependentes são alguns dos domínios da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) perante a solidão .....	56
<b>Tabela 9.</b> Regressão linear simples cuja variável dependente é a satisfação com a vida e a variável independente é a solidão.....	57
<b>Tabela 10.</b> Hipóteses do estudo .....	73



## INTRODUÇÃO

Em Portugal tem-se assistido a uma evolução demográfica dada pelo aumento do número pessoas idosas face à diminuição de população jovem (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). O estudo destes autores refere a solidão como um dos fatores de risco para os seniores, refletindo-se a necessidade de disponibilizar mais serviços de saúde e de bem-estar para esta faixa da população, mostrando que o avançar da idade traduz-se muitas vezes em sofrimento e exclusão que leva ao isolamento social. Nesta perspetiva deve promover-se a qualidade de vida e satisfação com a vida dos idosos, no sentido de combater a solidão e o consequente isolamento social a que este grupo etário está sujeito.

Desta forma, a solidão, a qualidade de vida e a satisfação com a vida são aspetos de grande relevância que devem ser explorados na população idosa, visto que na Europa e também em Portugal se verifica um aumento do índice de envelhecimento, existindo neste último 2 087 505 idosos em 2014 (FFMS, 2016b). Assim, torna-se crucial agir sobre esta população, visando proporcionar qualidade de vida, aumentar os níveis de satisfação com a vida e consequentemente diminuir os estados e sentimentos de solidão nos anciãos.

Face ao exposto, urge a necessidade de fortalecer os sistemas de apoio para idosos, embora se reconheça que o ideal é o idoso estar perto da sua família e inserido na comunidade, constata-se que recorrer à institucionalização é uma medida cada vez mais necessária, de acordo com as atuais exigências sociais e consequente indisponibilidade familiar para o cuidar (Pereira, 2012). Não obstante, nos meios rurais, ainda se recorre em primeira instância ao apoio familiar no que respeita ao cuidado. No entanto, constatando-se as alterações que têm vindo a surgir ao nível demográfico, epidemiológico e cultural é necessário recorrer a cuidados formais e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são uma solução reconhecida pelo governo (Santana, Szczygiel, & Redondo, 2014).

No que reporta a Portugal, o Ministério da Saúde é que gere a prestação de cuidados de saúde de cariz público, sendo também o responsável pela fiscalização dos serviços de saúde privados. Por sua vez, o cuidado social e o cuidado domiciliário podem ser da responsabilidade do governo local ou regional ou serem assumidos por entidades privadas. Em Portugal, estes cuidados tendem a ser maioritariamente privados como as instituições com fins lucrativos, mas por vezes são apoiados pelo Estado, como acontece com as instituições sem fins lucrativos. Apesar do número de instituições com fins lucrativos ter incrementado, são as IPSS que mais prestam cuidados (Santana et al., 2014).

Assim, reconhecendo-se esta realidade, decidiu-se averiguar a situação da população idosa residente nos municípios de Aveiro e Ílhavo quer em estrutura residencial institucional como na comunidade, aprofundando as questões inerentes aos sentimentos de solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida.

O intuito de conduzir este estudo em Aveiro deve-se ao facto de ser um distrito com diversificada resposta destinada à população sénior, abarcando desde centro de convívio (25 espaços com capacidade para 605 utentes, estando ocupadas 455 vagas) para idosos mais autónomos, ao centro de dia (146 espaços com capacidade para 4385 utentes, estando ocupadas 3522 vagas) para idosos com necessidades mais específicas, ao serviço de apoio domiciliário (171 espaços com capacidade para 6064 idosos, estando ocupadas 5078 vagas), para idosos com necessidades ou gosto de se manterem no domicílio, e por fim, à estrutura residencial para idosos (126 espaços com capacidade para 4962 idosos, estando ocupadas 4739 vagas) para pessoas que necessitam de uma resposta mais completa e a tempo inteiro (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2016). Verifica-se, no entanto, que não existem, de acordo com a Carta Social, respostas que se destinam ao acolhimento familiar ou centro de noite para a população sénior, não obstante, existem outras respostas destinadas aos idosos, como universidade sénior ou fórum da maioridade, estes últimos mais especificamente no município de Ílhavo. A região de Aveiro mostra-se envelhecida, visto ter um índice de envelhecimento de 140.2 (FFMS, 2016a).

O centro de convívio surge como uma resposta que visa criar atividades que envolvam os idosos da comunidade de forma a combater a solidão, incentivar as relações sociais e integrar as pessoas na sociedade (Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, 2006).

O centro de dia é um serviço institucional prestado durante o período diurno orientado para satisfazer as necessidades dos utentes, promovendo um envelhecimento saudável e possibilitando a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio (Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, 2006).

De acordo com a Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro, o serviço de apoio domiciliário consagra o apoio a pessoas ou famílias a residir no seu domicílio, que não possam satisfazer as suas atividades básicas de vida diária (ex. alimentar, vestir) e/ou atividades instrumentais de vida diária (ex. cozinhar, arrumar a casa) por motivos de dependência. Este serviço visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos seus

utentes, facilitar a gestão da vida do agregado familiar, preservar a vivência dos utentes no seu domicílio, trabalhar a autonomia, prestar os serviços contratados (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2013a).

A estrutura residencial para idosos reporta-se ao acolhimento de pessoas com o intuito de hospitalizá-las a tempo inteiro. São objetivos desta resposta social prestar cuidados permanentes que respondam às necessidades da pessoa idosa, instigar o envelhecimento ativo, conservar os laços familiares e promover a inclusão social (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012a).

O acolhimento familiar para pessoas idosas prende-se com famílias particulares que tenham capacidade e que desejem hospedar nas suas casas pessoas idosas. As famílias de acolhimento existem com o propósito de oferecer à pessoa que acolhem um ambiente familiar respeitando a sua privacidade e possibilitando que esta satisfaça as suas necessidades (Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991).

O centro de noite é uma estrutura que acolhe pessoas idosas durante o período noturno. Esta resposta social objetiva albergar pessoas com independência, mas que por razões de isolamento ou falta de segurança necessitem de colmatar essas carências com assistência durante a noite (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2013b).

Com este estudo pretende-se também destacar alguns dos impactos sociais consequentes das alterações ocorridas na sociedade, tais como uma menor taxa de natalidade (associada aos movimentos migratórios de população jovem e com baixos rendimentos), aumento da esperança média de vida por todas as melhorias associadas aos progressos sociais, clínicos e tecnológicos, que por consequência conduzem a uma redução da taxa de mortalidade (salvaguarda-se que não implica diretamente uma melhoria da condição de vida associada ao envelhecimento, considerando todas as dependências e limitações relacionadas com a idade avançada), corroborando as características dos países desenvolvidos, que apresentam pirâmides etárias com os topos mais largos que as bases.

Neste sentido, urge a necessidade de repensar as respostas sociais e os serviços para a população mais envelhecida, readaptando-os a essa nova realidade. No entanto, para além da necessidade de responder aos desafios provenientes do claro envelhecimento populacional, é indispensável responder aos desafios provocados pelas novas tipologias de família - amigos que partilham casa, avós que passam a cuidar dos netos para minimizar as despesas dos agregados com parques recursos, ou vice-versa, de acordo com a necessidade de

reajustamentos sociais para fazer face às dificuldades que vão surgindo. É, por isso, indispensável que se responda com qualidade aos desafios que se apresentam, diversificando e inovando as intervenções que se têm vindo a implementar, centrando-as no utente e tendo por objetivo a criação de soluções inovadoras, através da prestação de um serviço de qualidade que para além de satisfazer necessidades tenha por base a superação de expectativas. É também importante criar redes de apoio que permitam a inclusão social dos idosos, por forma a combater a solidão e neste sentido proporcionar-lhes um sentimento de pertença, utilidade, reconhecimento e valorização social e individual/pessoal. Assim, procurou-se conhecer melhor o fenómeno de solidão dos idosos no contexto institucional e não institucional e compreender as suas perceções sobre qualidade de vida e satisfação com a vida. Nessa lógica, e tendo em conta os resultados da análise do estudo empírico, foi objetivo deste trabalho propor uma abordagem de marketing para as IPSS no que toca à resposta social de estrutura residencial para idosos.

Sendo o envelhecimento demográfico uma problemática cada vez mais atual, de extrema e reconhecida relevância em Portugal, exige-se especial atenção por parte dos profissionais das áreas da saúde, social, gerontológica e de gestão, no sentido de se conhecerem as reais necessidades e se planear e gerir todas as intervenções destinadas a este público. Desta forma, foi também intenção deste estudo unir a gestão e a gerontologia, para conhecer a população idosa, salientando a importância da gestão ao nível governamental local face às respostas sociais para pessoas idosas e a sua real vantagem, ressaltando-se as respostas sociais que existem para a comunidade e a necessidade de criar novos serviços que combatam carências evidenciadas nos resultados, e aprofundando a resposta social de estrutura residencial para idosos. Neste sentido, são objetivos deste estudo conhecer as perceções dos idosos face à solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida; confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente aos conceitos supracitados entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado; verificar se a solidão tem efeito negativo sobre a perceção de qualidade de vida, concretamente em cada um dos seus domínios; constatar se a solidão tem efeito negativo na perceção de satisfação com a vida; perceber se a solidão explica a qualidade de vida mais especificamente cada um dos seus domínios (físico, psicológico, relações sociais, ambiental e geral); observar se a solidão influencia a satisfação com a vida; e perante os resultados obtidos propor uma abordagem de marketing orientada para os serviços prestados

pelas IPSS, nomeadamente para a resposta social de estrutura residencial para idosos, visando a prestação de um serviço mais adequado às necessidades dos utentes e até mesmo da família.

O estudo apresenta-se dividido em duas partes, sendo que na primeira parte se encontra o enquadramento teórico, constando no capítulo 1 uma contextualização sobre o envelhecimento e a sua demografia, no capítulo 2 surge a qualidade de vida focada nos idosos e nos aspetos que a influenciam, no capítulo 3 é abordado o conceito de satisfação com a vida, no capítulo 4 emerge a solidão na população sénior, e por fim, no capítulo 5, destaca-se a temática de serviços e o marketing de serviços. A segunda parte refere-se ao estudo empírico. No capítulo 6 é referenciada a metodologia aplicada ao estudo, a amostra, os instrumentos de avaliação implementados, os procedimentos e métodos utilizados para a concretização do estudo, as questões de investigação e as hipóteses de investigação. No capítulo 7 são apresentados os resultados do trabalho. O capítulo 8 destina-se à apresentação e discussão de resultados. A conclusão, as limitações do estudo e as propostas de investigação futura surgem no capítulo 9.





## **CAPÍTULO 1: ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento é caracterizado como um fenómeno biopsicossocial e deve ser visto com um processo gradual e dinâmico, responsável por diversas alterações no corpo humano, que acarretam a perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Azeredo, 2011; Vargas, 1981), maior vulnerabilidade para desenvolver patologias que geram dependência e culminam com a morte (Azeredo, 2011). O processo de envelhecimento está também associado a decadência, perdas e dependência. Destaca-se, no entanto, que este fenómeno é influenciado por múltiplos fatores como o género, o estatuto em que a pessoa está inserida na sociedade, a cultura, os padrões de saúde quer da pessoa quer da sociedade (Schneider & Irigaray, 2008), os estilos de vida adotados (Azeredo, 2011). Neste sentido, não se pode definir a velhice apenas pela idade cronológica, sendo necessário considerar tanto a capacidade física, como funcional, mental e de saúde da pessoa. Deve-se assim considerar o envelhecimento humano como um processo multidimensional, determinado pelas dimensões: cronológica, biológica, social e psicológica. A dimensão cronológica corresponde à idade cronológica, um número absoluto que apenas faz referência à passagem do tempo ao longo dos anos. A dimensão biológica diz respeito às alterações físicas verificadas no organismo humano ao longo dos anos, como é exemplo a perda de flexibilidade e capacidade de recuperação dos tecidos. A dimensão social prende-se com os vários papéis que a pessoa desempenha na sociedade e que na velhice se assinala com a passagem à reforma. Por último, a dimensão psicológica contempla o envelhecimento com base nas alterações cognitivas e afetivas traduzidas na capacidade do indivíduo se adaptar ao meio envolvente (Schneider & Irigaray, 2008). O envelhecimento pode ainda ser encarado, de acordo com Moura (2006), em duas perspetivas: o envelhecimento individual e o envelhecimento demográfico. O primeiro relaciona-se com a longevidade e a esperança média de vida e o segundo com a proporção de idosos existentes na população.

Consideradas as suas dimensões, o envelhecimento é diferencial, ocorrendo de forma peculiar e diferente em cada indivíduo, mas também dentro do mesmo, não sendo por isso uniforme (Azeredo, 2011).

### **1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**

Decorria a década de 50 quando, em Portugal, se começou a valorizar a geriatria. Embora se demonstrasse a magnitude desta nova especialidade médica, prosseguiu-se com

os padrões tradicionais de profilaxia, diagnóstico, terapêutica e prognóstico, limitando os pensamentos e as ações ao nível da reabilitação (Martins, 2002).

A acentuada longevidade e a sua expressão nos diferentes prismas criam a necessidade de explorar o conceito de envelhecimento e fazem deste um tema hodierno. Esta nova questão demográfica foi julgada como decorrente da expansão da esperança de vida, conquanto não houve assentimento desta teoria, apenas se identificou o decréscimo da natalidade como consequência do aumento do número de anciãos em Portugal (Martins, 2002).

Todavia, a visão do envelhecimento tem variado ao longo dos anos. Há 50 anos atrás envelhecer era visto como um fenómeno natural sem constituir problema algum, pois não havia tanta população envelhecida assim como a utilidade das pessoas idosas e a representação que a comunidade tinha destas mesmas pessoas era diferente dos dias de hoje (Martins, 2002).

De acordo com Moura (2012), atualmente, o envelhecimento é uma questão demográfica, que surge em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida, da diminuição da natalidade e da mortalidade. Esta alteração demográfica também se deve à melhoria das condições de vida e à progressão da cobertura das carências sociais e de saúde (Martins, 2007).

O envelhecimento demográfico verificado atualmente tornou-se um desafio para a sociedade no que diz respeito à diminuição e ao envelhecimento da população ativa, à sobrecarga do sistema de pensões e finanças causada pelo aumento de população reformada e agravada pela diminuição de população produtiva, à carência progressiva dos cuidados de saúde pelos idosos, à variedade de respostas sociais e necessidades dos idosos e ao desenvolvimento de sentimentos negativos por parte dos idosos pela falta de atividade e pela perda dos seus papéis sociais (Martins, 2002).

### **1.1.1 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO**

Entende-se por índice de envelhecimento a relação entre o número de idosos e o número de jovens, isto é o número de pessoas idosas (maiores de 65 anos) que existem por cada 100 jovens (indivíduos com menos de 15 anos) numa dada população. Atualmente, a tendência prende-se com um aumento do índice de envelhecimento, sendo esta uma realidade que se tem verificado nos últimos anos em todo o continente europeu, embora

diferenciado, nuns países de forma mais lenta e noutros de forma mais abrupta do qual Portugal não é exceção. Desde 1960 que se regista um aumento expressivo deste índice em Portugal, sendo de 27.0 na data supracitada (por cada 100 jovens, existiam 27 idosos), comparativamente ao índice relativo a 2014 que é de 138.6, quintuplicando assim o índice de Envelhecimento num período de 54 anos. Face à população em geral, atualmente, em Portugal, a percentagem de seniores é de 20% (FFMS, 2016a).

A diminuição progressiva do número de jovens e o aumento do número de idosos contribuem para o duplo envelhecimento, provocando uma pirâmide invertida. Isto é, o decréscimo da percentagem de jovens espelha-se na contração da base da pirâmide etária e o incremento da percentagem de pessoas idosas manifesta-se no alargamento do topo da pirâmide (Moura, 2012), denotando-se assim não só o envelhecimento do indivíduo, como também o envelhecimento da população em geral, formando a ideia da pirâmide etária em “caixão”, que reflete o aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade, típico dos países desenvolvidos, questionando a sustentabilidade dos mesmos.

A extensão da longevidade deve-se à melhoria da condição económica que facilita o acesso a uma alimentação saudável, ao desenvolvimento da medicina e consequente melhoria das condições de saúde (Saldanha, 2009), à tentativa de rejuvenescimento constante, o tentar manter-se novo com o passar dos anos (Aboim, 2014) através da adoção de um estilo de vida mais sadio e da preocupação com a manutenção de um corpo revigorado e saudável, orientando o envelhecimento como forma de recusa à velhice. Não obstante, embora se zele por uma boa velhice, esta pode também ser marcada por episódios de solidão indesejada, tornando-se um problema emergente do envelhecimento (Aboim, 2014), que condiciona vários aspetos como a qualidade de vida do idoso.

Este conceito, qualidade de vida dos idosos, ganhou consideração e relevo devido ao aumento do índice de envelhecimento, havendo necessidade de a preservar nesta faixa etária (Marques, Sánchez, & Vicario, 2014) e repensar as estratégias de intervenção, respondendo assim às novas necessidades da população uma vez que, e de acordo com Moura (2012, p.29), “existe uma clara interdependência entre a idade e a necessidade de apoio”. Assim, viver mais não tem uma relação direta com viver melhor, podendo estar associado a um fim de vida sem qualidade, devendo-se repensar o envelhecimento de forma a promover respostas adequadas às suas necessidades e por consequência melhorar as suas condições

através da promoção de um envelhecimento ativo e produtivo que responda às necessidades básicas e a um envelhecimento com qualidade.

## **CAPÍTULO 2: QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por qualidade de vida a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28).

É um conceito multidimensional, subjetivo e detém tanto aspetos positivos como negativos, é amplo por ser influenciado pela saúde física e psicológica, pelo grau de independência, pelas interações sociais existentes, pelas crenças que cada um tem e as relações que estas características têm com o meio envolvente (Serra et al., 2006).

É também um conceito que assenta em fatores internos e externos à pessoa, e que vai modificando ao longo da vida. Apesar de ser influenciada por diversas dimensões da vida, é a saúde a principal determinante da qualidade de vida (Azeredo, 2011), razão pela qual se deve promover a saúde no sentido de proporcionar bem-estar ao indivíduo e consequentemente garantir a sua qualidade de vida (Ribeiro, 1998).

Assim, a saúde é um preditor do envelhecimento de qualidade, visto tratar-se de um fator importante para as pessoas idosas manterem as suas rotinas e assegurarem as suas atividades de vida diária (Pereira, 2012).

Para Paúl e Fonseca (2001), a qualidade de vida referente às pessoas idosas assenta em perspetivas materiais, emocionais, sociais e de saúde, de forma a não sobrevalorizar a saúde em detrimento dos restantes fatores, uma vez que a qualidade de vida não é uma consequência direta do estado de saúde da pessoa.

A qualidade de vida na terceira idade é para Fernández-Ballesteros (1998) fruto das vivências da pessoa, do estilo de vida adotado e das características individuais de cada um. É por isso um conceito multidimensional que visa a interdependência de vários elementos.

Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) definiram a qualidade de vida como dependente de um relacionamento agradável com o círculo familiar e com o círculo de amigos, da participação em organizações sociais, do estado de saúde, da adoção de um estilo de vida saudável, de ter e sentir conforto, de ser feliz e ter amor, de uma condição económica favorável, do trabalho quer profissional quer voluntário, da religiosidade e da possibilidade de estar em constante processo de aprendizagem.

Desta forma, a avaliação da qualidade de vida torna-se subjetiva, dependendo de indivíduo para indivíduo e do contexto em que o mesmo se encontra. Isto significa que vai

modificando ao longo da vida, considerando as necessidades e expectativas dos sujeitos (Vecchia et al., 2005).

Desconhecendo-se um consenso em relação ao conceito de qualidade de vida, sabe-se que este assenta em três fatores essenciais uma vez que é um conceito subjetivo por depender da percepção de cada um, multidimensional por abranger as dimensões física, psicológica e social e implica a presença de aspetos positivos como a autonomia e negativos como a dependência (Pocinho & Santos, 2014).

Para Marques, Sánchez e Vicario (2014), a qualidade de vida é um conceito dinâmico, multidimensional e subjetivo, face às inúmeras definições existentes, que quando reportada à população sénior deverá evidenciar fatores como a saúde psico-emocional e física da pessoa, o grau de independência, a energia, a capacidade económica, as redes sociais, o exercício físico, a acessibilidade e conforto do domicílio, a satisfação e o bem-estar com a vida, as atividades de lazer, as oportunidades de aprendizagem, o relacionamento social e sexual, a espiritualidade, a relação entre os apoios recebidos e a percepção face aos mesmos visto serem os elementos mais valorizados pelo idoso na sua percepção de qualidade e satisfação com a vida. Neste sentido, a qualidade de vida na terceira idade é um tema bastante subjetivo e de mensuração difícil.

De acordo com o estudo de Ferreira (2007), a qualidade de vida define-se pela percepção que os indivíduos têm do que possuem, pelo que são e ainda está relacionada com o amor. A mesma autora acrescenta que a atividade é um processo importante na vida dos idosos reformados, uma vez que com o aumento de tempo livre são as atividades que os vão preenchendo, sendo elementares para viver com êxito o envelhecimento. O sentimento de utilidade está relacionado com a possibilidade de participação social, pois é uma forma das pessoas idosas se manterem ativas. Assim, o voluntariado é uma atividade que pode contribuir para esse sentimento de utilidade e para o bem-estar das pessoas idosas reformadas.

Com a passagem à reforma pressupõe-se que o idoso se afaste da sua atividade laboral dando lugar a indivíduos mais jovens, o que contribui para a degradação dos laços profissionais, dos laços de amizade. Esta perda de laços traduz-se muitas vezes em isolamento. Em acréscimo, os idosos passam de pessoas ativas para pessoas reformadas, também os laços matrimoniais se vão perdendo com a viuvez, e ainda, em muitos casos estes indivíduos passam de saudáveis para doentes (Pereira, 2012).

O isolamento social destaca-se como o segundo fator que mais afeta a qualidade de vida das populações, por sua vez, nos idosos, este é agravado pela passagem à reforma, uma vez que, nesta fase de vida, o idoso se depara frequentemente com a diminuição das interações sociais e dos rendimentos, tornando-se assim mais vulnerável e propício ao sentimento de solidão, vindo reduzida a qualidade e satisfação com a vida, pelo que é necessário reforçar o apoio social nesta população no sentido de minimizar os impactos provocados por este sentimento (Costa, 2014). McPherson, Smith-lovin e Brashears (2006) salientam a importância de estabelecer contactos com outras pessoas e de criar relacionamentos, pois quanto mais apoio houver neste sentido, maior será o auxílio em caso de crise.

O estudo de Andrade e Martins (2011) refere que a idade é uma variável influenciadora da perceção sobre a qualidade de vida, constatando que quanto maior a idade, a perceção de qualidade de vida das pessoas é inferior. Este facto é assinalado pelo estudo como consequência das perdas conduzidas pelo avançar da idade. Neste sentido, as pessoas idosas tendem a percecionar uma qualidade de vida baixa.





### **CAPÍTULO 3: SATISFAÇÃO COM A VIDA NOS IDOSOS**

A satisfação com a vida pressupõe a percepção do indivíduo sobre a sua vida, a avaliação, reflexão e a apreciação que faz de todas as dimensões da sua existência. Apesar de aspetos como a satisfação com o local de trabalho ou mesmo com a sua residência importarem para a satisfação com a vida, não se pode descorar a avaliação individual das diferentes dimensões da vida que são igualmente importantes para a classificação do bem-estar subjetivo (Eurostat, 2015).

A visão que o idoso tem sobre a sua satisfação com a vida está estritamente relacionada com a sua percepção de qualidade de vida, compreendendo esta, aspetos do dia-a-dia da pessoa ao ser definida pela percepção que o idoso tem do seu lugar na vida.

A satisfação com a vida depende assim do bem-estar subjetivo individual, que por sua vez tenta compreender a avaliação que cada um faz de aspetos como a felicidade, satisfação (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976), estado de espírito na sua vida. Esta avaliação é considerada por muitos a parte subjetiva da qualidade de vida (Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007). Esta, é mais facilmente percecionada nos idosos saudáveis comparativamente aos idosos que enfrentam problemas de saúde, uma vez que é influenciada pela saúde física, mental, grau de independência, relacionamentos sociais e pelas relações com os elementos significativos do seu meio (Costa, 2014).

Também se relacionam com a satisfação com a vida os bens materiais, as redes sociais, as condições de saúde, a situação de pobreza ou de carência material, pontos indispensáveis para a classificação deste conceito. Ainda assim, a saúde débil é um dos fatores que mais condiciona a satisfação com a vida das pessoas, fazendo com que estas a classifiquem de forma negativa (Eurostat, 2015).

O bem-estar subjetivo, mensurado através da satisfação global com a vida, está também relacionado com aspetos como a idade, os recursos económicos e a educação que permitem ter diversos estilos de vida consoante as aspirações de cada um (Eurostat, 2015).

A passagem à reforma, o avançar da idade, a perda de capacidades e laços sociais conduzem a sentimentos de desespero que levam muitas vezes o idoso a reconhecer que o passado não foi vivido conforme queria uma vez que considera não ter construído condições para nesta fase se sentir confortável, por sentir falta de retaguarda de apoio (Pais, 2012).

As interações sociais e a retaguarda de apoio são também fatores que influenciam a percepção da satisfação com a vida. Quando se trata de contar com o apoio familiar ou de

amigos, as pessoas que não têm este tipo de auxílio/retaguarda quando necessitam consideram a sua satisfação com a vida mais baixa (Eurostat, 2015).

O bem-estar subjetivo está subdividido em três dimensões: a satisfação com a vida através da autopercepção da vida; a presença de sentimentos positivos e ausência de sentimentos negativos; e a felicidade assumindo-a com um princípio da vida dando-lhe sentido, que se baseia em sentimentos e estados de espírito (Galinha & Ribeiro, 2005). No entanto, há que destrinçar os conceitos de satisfação com a vida, avaliado por aspetos mais concretos como a situação financeira e o estado de saúde, e significado da vida, estimado por fatores mais abstratos como o propósito da vida, as metas e objetivos de cada um e ainda para alguns a espiritualidade. Estes conceitos estão interrelacionados, contudo atribui-se maior relevância ao sentido da vida face à satisfação com esta (Eurostat, 2015).

Aprofundando o bem-estar subjetivo, destaca-se a título de exemplo a determinante da religiosidade, que tanto impacto tem nesta fase da vida. A religiosidade divide-se em três dimensões: organizacional, não-organizacional e subjetiva. A dimensão organizacional da religiosidade diz respeito ao comportamento religioso que acontece no contexto da instituição religiosa de como é exemplo a ida à eucaristia e o desempenho de funções religiosas. A dimensão não-organizacional prende-se com comportamentos religiosos que sucedem fora do contexto da instituição religiosa, podem ser individuais ou em grupos restritos, como a família por exemplo, e são de cariz informal, tais como a leitura de uma oração. Por sua vez, religiosidade subjetiva implica a fé, as crenças e os princípios religiosos, isto é, reporta-se ao significado que cada um atribui à religião. A fé e as crenças religiosas assim como o envolvimento nas atividades religiosas são fatores que afetam de forma positiva o bem-estar subjetivo (Cardoso & Ferreira, 2009). Neste sentido, Cardoso e Ferreira (2009) defendem a participação nas atividades de cariz religioso como relevante no que toca ao envolvimento dos idosos em atividades da sociedade, tendo impacto positivo na melhoria da capacidade psicológica e social. No entanto, com o avançar da idade, a diminuição das capacidades compromete de alguma forma a participação em atividades formais da igreja. Ainda assim, esta lacuna tende a ser compensada por atividades religiosas não-organizacionais, mantendo os comportamentos religiosos, a crença e a fé da pessoa idosa. Estes envolvimento na religião, sejam eles formais ou informais, tendem a contribuir para a autoaceitação, o bem-estar e satisfação com a vida.

Compreende-se assim a importância da religião e das crenças enquanto forma de refúgio que permite dar mais sentido à vida do idoso. A existência de Deus é considerada por alguns idosos o único motivo de sentido para a vida. A crença e a fé em Deus aparecem assim como pilares que dão sentido à vida dos mais infelizes ou insatisfeitos, minimizando o sentimento de que o mundo está coberto de crueldade e pecado. Com o aumento da idade, a religiosidade tende a aumentar face às redes sociais que tendem a diminuir. Também os rendimentos económicos são um fator influenciador da satisfação com a vida, visto que os idosos com mais recursos mostram maior satisfação com a vida perante os idosos de estratos sociais mais baixos (Pais, 2012).

No que respeita à diminuição das redes sociais, esta é agravada com a parca ou ausência de retaguarda familiar (justificada pela redução do número de elementos nas atuais famílias, pelas elevadas exigências profissionais que reduzem a disponibilidade de tempo para cuidar dos idosos, ou mesmo porque exigem a deslocação para terras mais distantes), o que conduz à necessidade do idoso recorrer ao apoio comunitário/social. Este apoio pode ser prestado formalmente através dos profissionais de cuidado/instituições, ou de forma informal, por amigos e vizinhos, normalmente escolhidos tendo em consideração características que o idoso valoriza (confiança, experiências de vida, interesses comuns) e por se identificar com algumas semelhanças (idade, escolaridade) (Pereira, 2012).

Na rede de suporte social, o idoso tende a procurar companhia, a partilha de pensamentos e experiências que facilitem a vivência de cada dia, o apoio para a aquisição de bens essenciais, ou outras atividades instrumentais de vida diária, no entanto, nem sempre este apoio é prestado com a qualidade ou satisfação total da necessidade do idoso, pois existe muita probabilidade de ser prestado por pessoas da mesma faixa etária, também idosos e com as suas limitações. Não obstante, o idoso tende a desvalorizar esta dificuldade face à importância que tem para si esse laço de proximidade. Neste sentido, a existência destes laços não substitui a importância da rede de suporte familiar, embora esta seja mais facilmente acionada quando o idoso se encontra em situação de saúde fragilizada ou mesmo dependente (Pereira, 2012). Neste sentido, a rede familiar é o principal suporte do idoso, pois são as relações com a família as mais vinculativas e as mais importantes, tendo implicações no bem-estar e qualidade de vida do mesmo (Andrade & Martins, 2011), razão pela qual, considerando a subjetividade da qualidade de vida, por vezes, idosos autónomos

e com uma vida ativa defendem não ter qualidade de vida por se sentirem sozinhos ao estarem distantes da família.

Para além da diminuição das interações sociais, o envelhecimento acarreta outras fragilidades e perdas como a diminuição na capacidade de deslocação que acaba por limitar o idoso e privá-lo, impedindo ou limitando a criação ou manutenção de laços sociais, conduzindo-o assim ao isolamento no domicílio que é agravado pelo sentimento de exclusão. Intensificador deste sentimento e consequência das alterações sociais surge o idadismo, acentuando o aumento de vítimas de discriminação e preconceitos associados à idade, o que para além de gerar sofrimento é fator de exclusão social (Pais, 2012).

Com o sentimento de exclusão social, surge a perda do sentimento de pertença agravado por fatores como a viuvez, o internamento institucional (hospital, estrutura residencial para idosos), que estão diretamente associados à solidão e à pouca satisfação com a vida. A morte destas ligações sociais antecede a morte corpórea (Pais, 2012).

Entre outras estratégias, para combater a solidão, muitos idosos veem na televisão uma companhia que os faz desligar de pensamentos sobre si mesmos, sobre o que poderiam ter feito nas suas vidas e não fizeram ou mesmo o que fizeram e não queriam/deveriam ter feito. Alguns idosos culpam o destino pelo que lhes aconteceu, outros culpam-se a si mesmo pelas decisões que tomaram. As palavras destino e sorte são muitas vezes usadas como justificação da situação de desamparo em que se encontram, acrescentando por vezes, as pequenas reformas e a diminuição das capacidades. É neste sentido, que a solidão se torna por vezes mais isolada quão mais preenchida de memórias (Pais, 2012).

Também a companhia dos animais ajuda a preencher o vazio causado pela diminuição de interações sociais e familiares, colmatando alguns sentimentos de isolamento ou solidão (Pais, 2013).

## **CAPÍTULO 4: SOLIDÃO NOS IDOSOS**

A solidão é entendida com um estado do que está só, isolamento, não sendo por isso, uma consequência da velhice, uma vez que pode ocorrer no ser humano em qualquer um dos estádios de desenvolvimento. Não obstante, esta é mais frequente com o envelhecimento estando relacionada com a perda de entes queridos, depressão, isolamento social (Jauregui, 2015), ausência ou parca retaguarda de apoio. Mais se acresce que não é por isso, uma consequência direta da pessoa estar só, visto que esta poderá estar sozinha sem entrar num estado de solidão por ter uma estruturada retaguarda de apoio e satisfação com a vida. Por sua vez, este sentimento pode estar presente em pessoas com bons relacionamentos sociais, não obstante, poderão sentir um estado de solidão por não se identificarem ou não se sentirem compreendidos pelos outros. Isto é, estar só é uma questão objetiva e visível, por outro lado, solidão é um estado de subjetividade, comprometedor da qualidade de vida (Pais, 2013) e que não tem sido investigado nem valorizado, devidamente, pelos profissionais de saúde (Lopes, Lopes, & Camara, 2009).

A solidão é um fenómeno complexo e subjetivo que pode estar relacionado com limitações na rede social ou até com o abandono pelos familiares provenientes de uma rede mais íntima, com aspetos situacionais e pessoais, pois há uma grande variabilidade de reação às adversidades da vida que pode levar ao sentimento de solidão mais ou menos intenso (Tzouvara, Papadopoulos, & Randhawa, 2015). O isolamento, a tristeza e a insatisfação com a vida somados a estas limitações, ocorrências vivenciais adversas, questões mal resolvidas intensificam o sentimento de solidão (Kumari, 2015), que pode não representar unicamente que a pessoa esteja só, mas que se sinta só.

Nas sociedades modernas verifica-se uma alteração estrutural da família, pois anteriormente o idoso incorporava o seio familiar, embora adotando novos papéis e novas tarefas mantinha-se ativo e útil. Hoje em dia, a reforma torna-se um abalo em detrimento de um alívio, pois a inatividade traduz-se em sentimentos de inutilidade (Martins, 2002).

Atualmente, ao invés de uma família grande como era tradicional, surge a família nuclear constituída somente por pais e filhos. Com o passar dos anos, os filhos casam, saem de casa e prosseguem a sua vida, ficando os pais sós. Quando um destes morre, fica apenas o cônjuge sozinho e deslocado, porque a sua família deixa de existir (Gomes, Lessa, & Sá, 2007).

De acordo com o estudo elaborado por Meneses, Júnior, Melo, Silva, Luz e

Figueiredo (2013), os idosos tendem a relacionar velhice com o conceito de solidão, devido ao abandono a que podem estar sujeitos e ao facto de residirem em grande parte sozinhos.

É neste sentido, e para fazer face a esta realidade que urge as redes de apoio formal e informal, que perante estas alterações demográficas procuram colmatar as novas necessidades da pessoa idosa (Martins, 2002).

Reconhece-se cada vez mais a necessidade de integração institucional como forma de ultrapassar a ausência ou parca existência de rede social, o que tende a piorar a questão da carência que se repercute quer na ausência da identidade social e do sentimento de pertença, como na baixa autoestima e autoconfiança (Carvalho, Paoletti, & Rego, 2011), constituindo um problema para a saúde dos mais velhos, que se traduz em morbilidade e algumas vezes em mortalidade (Nicholson, 2012), sendo mais agravada pela escassez de recursos financeiros, que dificulta o acesso a todos os outros tipos de recursos (por exemplo, saúde, educação), conduzindo o idoso a vivenciar um sentimento de inutilidade social e desvalorização tendo por base o seu estado de pobreza que agrava a sua necessidade de isolamento por vergonha e consequentemente aprofunda o seu sentimento de solidão.

Face ao exposto, será necessário contrariar tal tendência e reconhecer que as interações sociais promovem a saúde ao longo do envelhecimento, por facultarem meios psicológicos para lidar com as fatalidades da vida e do dia-a-dia (Weinstein, Sirow, & Moser, 2016).

#### **4.1 O IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

De acordo com Pereira (2008), Erikson desenvolveu oito estágios que correspondem ao desenvolvimento psicossocial ao longo da vida. É justamente o último que aborda esse desenvolvimento a partir dos 60 anos. Neste estágio ressalta a conservação da integridade do Eu, que pressupõe aceitar o passado tal qual como foi vivido, com as escolhas feitas sendo estas mais ou menos acertadas, de modo a recear menos o que se sucederá no futuro.

Ao longo do ciclo de vida observa-se um processo de socialização contínuo, no entanto surge em determinados momentos novos ambientes físicos e sociais que levam à construção de novos papéis sociais, como acontece com os idosos institucionalizados. Com a passagem à reforma existem inúmeras perdas (perda de laços sociais, perdas de cariz económico, perdas ao nível da saúde), que são mais notórias com o processo de

institucionalização. Este, intensifica a mudança de redes sociais e/ou a perda das mesmas, podendo desencadear uma alteração de identidade que não é fácil de aceitar (Pereira, 2008).

Apesar da perda ou afastamento dos laços familiares decorrentes do processo de institucionalização, os outros utentes assim como os cuidadores tendem a desenvolver estratégias que minimizam estes impactos através por exemplo da criação de novos laços. Todavia, ao contrário das relações familiares que se mantiveram ao longo do tempo, estas relações são limitadas pela impossibilidade desta nova família da instituição substituir completamente a verdadeira família, o que releva a importância da manutenção dos contactos familiares mesmo aquando da institucionalização do idoso. Contudo, é necessário manter as relações que eram comuns até à integração do idoso numa estrutura residencial para idosos, pois esta conservação repercute-se num aumento de autoestima. Nesta perspetiva, o contrário também ocorre, quando os idosos não recebem visitas de familiares a sua autoestima decresce (Pereira, 2008).

Os idosos que se encontram a viver em ambiente institucional enfrentam dois grandes obstáculos quando se fala em envelhecimento com qualidade: a institucionalização massiva e o processo de socialização. O primeiro refere-se à existência de muitos idosos institucionalizados ou a necessitar deste tipo de resposta. O segundo implica um processo de socialização seguro e estável dos idosos que se encontram atualmente a residir em meio institucional, o que contraria muitas sociedades em que as pessoas já estão preparadas para esta adaptação à mudança. Estes dois obstáculos tendem a diminuir aquando da necessidade de institucionalização das gerações que sucedem, pois já existirão mais estruturas dotadas de capacidade para esta problemática e as próximas gerações já estarão certamente mais adaptadas a esta realidade e consequente mudança, reconhecendo tal necessidade. Assim, é cada vez mais necessário manter o equilíbrio das relações familiares com o intuito de diminuir as dificuldades atuais do processo de institucionalização (Pereira, 2008).

Para que o processo de institucionalização esteja concluído, o idoso tem que se sentir integrado na instituição e identificá-la como sendo o seu novo lar, ajudando neste processo que o idoso faça a passagem de forma progressiva, mantendo sempre a relação com o seu espaço domiciliar e podendo levar objetos que lhe sejam significativos e ajudem a estabelecer ligação entre o espaço institucional e o seu passado. Desta forma, a instituição tem que ser estratégica, ter em atenção aquilo que os idosos consideram ser importante para que uma instituição seja um local bom e acolhedor e ser capaz de respeitar o idoso, o seu

passado e as suas escolhas. A integração numa instituição deve contemplar uma intervenção ao nível do *empowerment*, “desenvolvendo as potencialidades do indivíduo através da valorização das suas capacidades” e competências (Ornelas & Vilar, 2011, p.135).

## 4.2 O IDOSO NO DOMICÍLIO

O idoso habita no seu domicílio na maioria das vezes isolado, pois algumas famílias não conseguem estar presentes na mesma habitação, ou por viverem longe do idoso ou por não terem condições físicas (espaço) de o acolher no domicílio ou ainda pelo facto do idoso ter tanta ligação ao seu espaço que se recusa a abdicar dele em função de outras mais valias ou conquistas que possam advir da mudança (Leite, Battisti, Berlezi, & Scheuer, 2008).

Na maioria das situações o principal fator de afastamento prende-se com as questões profissionais dos filhos, que de acordo com as alterações sociais e exigências profissionais, trabalham mais horas diárias e com maior grau de exigência, limitando a disponibilidade das famílias para os seus dependentes. Por outro lado, há idosos que não têm família e por esse motivo também residem sozinhos (Leite et al., 2008).

O idoso pode viver sozinho por consequência do falecimento do cônjuge ou decorrente das alterações familiares supracitadas, mas também pode habitar sozinho por opção, se a sua vida assim o permitir (saúde, disponibilidade financeira). No entanto, muitos idosos que residem sozinhos têm uma saúde débil, têm dificuldades económicas e pelo facto de estarem isolados vivenciam a solidão. Outros idosos consideram que estar só é sinónimo de liberdade e autonomia. Desta forma, os autores afirmam que quer por escolha, quer por necessidade, o idoso que habita sozinho carece de respostas da comunidade que permitam que este não corra riscos e que possa usufruir de uma boa qualidade de vida. Para este efeito é crucial a existência de ações educativas e preventivas (junto dos familiares e da comunidade) que promovam o envelhecimento de qualidade em casa (Karen, 2012).

O envelhecimento deve ser vivido em casa, uma vez que foi algo que os idosos construíram e é um espaço onde passaram uma vida inteira e por isso está repleto de memórias e afetos, de identidade e características específicas que respeitam o projeto de vida e a história de cada um. Envelhecer em casa, podendo manter os laços sociais e afetivos aumenta a qualidade de vida. Conhecido por *aging in place*, conceito disseminado pela Europa e pelos Estados Unidos e baseia-se em oferecer condições que permitam que o idoso



envelheça no seu lar, com as suas escolhas, com segurança, com autonomia e conforto (Cutchin, 2003; Eu Consigo, 2016; Senior Concierge, n.d.).

Embora se reconheça que é mais fácil para a família colocar o idoso numa instituição, é necessário ponderar se é a melhor opção e até se esta seria a melhor opção para nós no futuro quando vivermos a mesma situação. Não se devendo descurar a alternativa de preservar o idoso no seu domicílio e assegurar um envelhecimento digno, com os cuidados de que carece (Cutchin, 2003; Eu Consigo, 2016; Senior Concierge, n.d.) e que respeite na íntegra o seu passado e o seu projeto de vida.

Neste sentido, urge a necessidade de valorizar o estudo de Dias, Carvalho e Araújo (2013) que refere que os idosos que residem no seu domicílio realizam mais atividades do que os idosos institucionalizados, uma vez que estes últimos estão rodeados de profissionais que fazem muitas coisas por eles e por norma, estão mais dependentes. Isto é cozinheiros que confeccionam as refeições, profissionais de saúde que substituem/minimizam as deslocações para beneficiarem desses cuidados, uma vez que estão disponíveis na própria instituição, entre outras atividades que são poupadas a estes idosos pelo facto de residirem numa instituição que as tem ao seu dispor. Enquanto que os idosos não institucionalizados têm que realizar atividades como a preparação das suas refeições ou deslocar-se a instituições de saúde caso precisem desse tipo de cuidados (ex. enfermagem, fisioterapia).



## **CAPÍTULO 5: MARKETING DE SERVIÇOS**

A importância dos serviços para as economias dos países desenvolvidos tem vindo a aumentar e Portugal não é exceção. São notórios os encargos que as famílias têm com as despesas em serviços, no que toca por exemplo à saúde e ao ensino. É de salientar que os serviços têm características peculiares que carecem de uma implementação de marketing um pouco diferente daquela que é feita com os bens tangíveis (Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio, & Rodrigues, 2008).

### **5.1 SERVIÇOS**

Os serviços traduzem-se em atos, procedimentos e desempenhos alienados ou produzidos com o envolvimento dos clientes por uma organização ou indivíduo para outra organização ou indivíduo (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2013). De acordo com Dantas (2013), os serviços são o elemento do processo de troca e criação de valor, estes têm-se desenvolvido ao longo do tempo, por razões económicas, como consequência do aumento de rendimentos; socioculturais e demográficas, decorrentes da importância atribuída ao bem-estar e ao entretenimento (como por exemplo o aumento do índice de envelhecimento que suscita a necessidade de desenvolver novos serviços); tecnológicas, no que concerne às tecnologias da informação e comunicação que conduziram à melhoria dos serviços; e institucionais, como a simplificação de normas na economia visando reduzir a participação do Estado na economia, a saída do Estado como único prestador de alguns serviços, e a introdução de novos instrumentos legais que fomentaram a criação de novos serviços. Os serviços relevam para as economias desenvolvidas e são cruciais para o bem-estar das populações.

São quatro as características que diferenciam os serviços dos produtos, nomeadamente: a intangibilidade, a heterogeneidade, a inseparabilidade e a perecibilidade. A intangibilidade é a principal característica dos serviços, pois são transacionados através de ações, o que não lhes permite ser tocados nem observados como um bem material. Por outro lado, apesar da intangibilidade do serviço, existem objetos tangíveis que permitem a execução plena do serviço. A heterogeneidade é a característica que destrinça um serviço de outro, embora semelhantes, isto é não se consegue prestar dois serviços exatamente iguais por mais que se tente, pois existem variáveis que interferem como o nível de desempenho do prestador de serviços ao longo do tempo e sobretudo porque cada cliente é um indivíduo

com especificidades e ambições diferentes. Esta última variável faz com que muitas vezes o serviço seja coproduzido com o envolvimento do cliente, para que este tire o partido desejado de acordo com as suas necessidades, de preferência procurando superar expectativas. A inseparabilidade refere-se ao facto de a produção dos serviços acontecer em simultâneo com o seu consumo, coexistindo muitas vezes com a presença do cliente. A presença do cliente interfere na prestação do serviço, pois cada cliente além dos seus desejos específicos e das suas diferenças como supracitado, gera para si uma experiência individual, embora, essa possa variar de um cliente para outro. A perecibilidade traduz-se na impossibilidade de produzir stock de serviços ou de se fazer devoluções dos mesmos em caso de defeito, devido à inseparabilidade dos serviços (Zeithaml et al., 2013).

Uma das classificações possível para os serviços prende-se com a sua (não) orientação para o mercado, de acordo com o seu preço de venda. Os serviços orientados para o mercado são caracterizados pela sua venda a um preço que suporta os custos de produção incluindo uma margem de lucro, de como é exemplo o comércio a retalho, enquanto os serviços não orientados para o mercado são oferecidos à comunidade de forma gratuita ou a um preço que não cobre os custos de produção, como por exemplo os serviços de saúde públicos (Dantas, 2013).

Por sua vez, Lovelock (1983) apresenta cinco dimensões dos serviços: a natureza do serviço, o tipo de relação com o cliente, o grau de customização, a natureza da procura e da oferta e o modo de entrega do serviço.

A natureza do serviço considera o objeto dos serviços que pode ser definido por indivíduos ou objetos e considera também a natureza do serviço como tangível ou intangível. Assim pode ter-se ações tangíveis sobre pessoas (ex. cuidados de saúde), o que implica interação entre o prestador de serviços e o cliente, tendo este último vários aspetos para avaliar o serviço; podem existir também ações tangíveis sobre objetos (ex. jardinagem), que, por seu turno, não implicam que o cliente esteja presente no ato do serviço, tratando-se muitas vezes de uma avaliação pelo resultado final do mesmo; relativamente às ações intangíveis, estas podem incidir sobre pessoas (ex. serviços religiosos) ou sobre objetos (ex. seguro) (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2010; Lovelock, 1983).

No que diz respeito ao cliente, o tipo de relação pode ser de natureza contínua ou descontínua e por sua vez pode estar regulado por um contrato formal, no qual o prestador conhece os seus clientes, pode intervir para captar mais clientes e aumentar a satisfação dos

existentes, ou um direito subentendido, tendo estes serviços que estar disponíveis pois são de cariz público, não sendo muitas vezes possível de prever a procura, uma vez que não se conhece os clientes. Assim, a transação do serviço pode ser contínua e haver uma relação de adesão com o prestador (ex. seguradora); pode existir uma entrega contínua, mas não existir um contrato formal (ex. proteção civil); por outro lado, a transação pode ser descontínua e formalizada (ex. bilhetes rodoviários); e ainda pode existir uma troca descontínua e a relação ser esporádica (ex. serviços de restauração) (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2010; Lovelock, 1983).

A customização dos serviços refere-se em particular à característica dos serviços inseparabilidade, os serviços são produzidos ao mesmo tempo que são consumidos, o que implica na maioria dos casos uma adaptação do serviço à medida do cliente, ou seja, o serviço é muitas vezes personalizado. A adaptação do serviço depende também do grau de autonomia do prestador de serviços. Desta forma, podemos ter um grau elevado de autonomia do prestador e igualmente um grau elevado de customização (ex. consulta médica); um grau elevado de autonomia do prestador e um grau reduzido de customização (ex. ensino); um grau reduzido de autonomia do prestador e um grau elevado de customização (ex. agência de viagem); e ambos os graus reduzidos (ex. transportes públicos) (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2010; Lovelock, 1983).

A natureza da procura e da oferta é baseada na característica perecibilidade dos serviços que se traduz na impossibilidade de formar stock. O ideal para uma organização seria que a procura fosse equivalente à produção, por forma a otimizar a sua capacidade. Como tal não acontece, e de acordo com a inseparabilidade dos serviços, é necessário prestar atenção à forma como o serviço é concedido, é preciso verificar a repartição da carga de trabalho e proceder a algumas reestruturações do fluxo de procura quando necessário, com vista a aumentar a eficiência da organização. Neste sentido, pode ser preciso intervir na diminuição dos picos de procura, incentivando os clientes a utilizar o serviço quando a procura é menor. Este exercício pode ser feito informando os clientes dos picos da procura, propondo soluções mais convenientes e criando alternativas com vista a rentabilizar os momentos de menos procura (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2010; Lovelock, 1983).

O modo de entrega do serviço pode ser feito de três formas: o cliente desloca-se ao prestador de serviços, o prestador de serviço desloca-se ao cliente ou o serviço é prestado à distância. E ainda, os pontos de entrega do serviço podem ser limitados num único local ou

ampliados para vários locais, o que facilita o acesso do cliente de acordo com o local que for mais conveniente. Desta forma, o serviço pode ser entregue com a deslocação do cliente à organização do prestador através de um único ponto de acesso (ex. cabeleireiro) ou através de vários pontos de acesso (ex. autocarro); no caso de ser o prestador a deslocar-se ao cliente, o local pode ser único (ex. serviço de limpeza de chaminés) ou deslocar-se a vários locais (ex. serviço de reboque); por outro lado, o serviço pode ser prestado à distância através de um único ponto de acesso (ex. canal de televisão local) ou através de múltiplos pontos de acesso (ex. multibanco) (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2010; Lovelock, 1983).

## **5.2 ESTRATÉGIA DE MARKETING EM SERVIÇOS**

Dado que os serviços têm características diferentes dos bens físicos é necessária uma abordagem diferente do ponto de vista do marketing. Contudo, não se pode dividir de forma linear o marketing em marketing de produtos e em marketing de serviços, uma vez que existem muitos serviços associados à venda de produtos e ao seu consumo, como também há uma grande tendência para a “transformação do conceito de produto em prestação de serviço” (Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio, & Rodrigues, 2008, p.559), visto que existem serviços com forte componente material e produtos com forte componente de serviços (Lindon et al., 2008).

A estratégia de marketing é um processo que pressupõe a execução de cinco passos: a análise e diagnóstico da situação, conceção dos objetivos, definição das estratégias, realização e avaliação do marketing-mix e aprovação dos planos de ação propostos (Lindon et al., 2008).

A primeira etapa, análise e diagnóstico da situação, implica uma análise externa relativa ao meio envolvente (composta por questões demográficas, socioculturais, económicas, político-legais, tecnológicas e ambientais), ao mercado (no que respeita ao volume de vendas de produtos, às características dos consumidores, à segmentação de mercado, preços e ciclo de vida), aos clientes (inclui clientes, no que concerne aos seus comportamentos e motivações para a compra, e distribuidores, no que se refere à sua caracterização, vendas, políticas praticadas e motivações) e aos concorrentes (no que toca à sua identificação e análise dos concorrentes diretos e da sua posição). Ainda nesta etapa é feita uma análise interna que consagra os recursos que a empresa tem ao seu alcance e as dificuldades que esta enfrenta no decorrer da sua evolução, seguindo-se o diagnóstico através

de uma análise SWOT, onde são identificadas as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças para a empresa (Lindon et al., 2008).

A etapa que se segue refere-se à formulação de objetivos com o intuito de delinear o caminho a seguir pela empresa em questões como rentabilidade do investimento, quota de mercado, imagem de marca e satisfação dos clientes. Nesta fase de estabelecimento de objetivos importa falar na posição que a empresa quer assumir no mercado: único líder, co-líder, *challenger* ou especialista. A posição de líder único assume-se com a posse da maior quota de mercado face aos concorrentes. Ser co-líder é partilhar praticamente a totalidade da quota de mercado com duas ou três marcas. A posição de *challenger* é caracterizada por empresas que estão na segunda posição, mas que ambicionam estar no mesmo patamar ou até vencer o líder. Por fim, a posição de especialista diz respeito a empresas que são especialistas num determinado nicho de mercado, com vista a satisfazer a necessidade de um segmento específico (Lindon et al., 2008).

A definição de estratégias a seguir pela empresa baseia-se na segmentação do mercado, que corresponde à identificação de critérios para segmentar o mercado (com base, por exemplo em critérios demográficos, económicos, de personalidade) e investigação dos perfis desses segmentos. De seguida, é eleito o mercado alvo a atingir, selecionando medidas que promovam a atração desse segmento (Kotler, Armstrong, Saunders, & Wong, 2001). Ainda, a segmentação de mercado pode passar pelo marketing de massas (comercializar o produto standardizado), pelo marketing individualizado (dá lugar à personalização do produto de acordo com as exigências do cliente), pelo marketing segmentado (é o intermédio entre as últimas duas opções, agrupa clientes com as mesmas necessidades e oferece produtos que satisfaçam as necessidades de cada grupo) e pelo marketing concentrado (centrado num segmento estreito) (Lindon et al., 2008).

Depois da segmentação de mercado executa-se a seleção das fontes de mercado, que se centra em perceber a concorrência face ao(s) produto(s) que a empresa tenciona desenvolver. Dentro da terceira etapa existe também o posicionamento que a empresa quer adotar, isto é a estratégia que esta quer seguir ao colocar um produto no mercado, ou seja, é o espaço que o produto/marca ocupa na mente do cliente, que importância o consumidor lhe dá. O posicionamento pressupõe a identificação de que produto se trata e a diferenciação entre os produtos que já existem com a mesma semelhança. Por fim, aborda-se a definição

da política de marca, que cria valor para o cliente mas também cria valor para a empresa (Lindon et al., 2008).

A execução dos planos de ação passa por elaborar o marketing-mix baseado no produto (podendo ser uma inovação tecnológica, uma superioridade qualitativa ou uma especialização para um determinado nicho de mercado), no preço (calculado tendo em conta os custos, a procura e a concorrência), na distribuição (consiste em fazer chegar o produto ao cliente de forma mais eficiente) e na comunicação (através de uma forte comunicação publicitária ou promocional objetiva-se que o consumidor venha procurar o produto) (Lindon et al., 2008).

De acordo com a definição de gestão de marketing, a sua essência é a estratégia de marketing, a criação de valor acrescentado para o cliente através do marketing-mix (Tadajewski & Jones, 2014). O marketing-mix sugere a combinação de componentes vantajosos com o intuito de estudar uma determinada resposta do mercado. Desta forma, surgem os 4 P's do marketing, ou seja a classificação tradicional do marketing-mix: produto (product), preço (price), distribuição (place) e promoção (promotion) (Waterschoot & Bulte, 1992).

O produto está relacionado com as suas características físicas, com o grau de qualidade, com os acessórios, com a embalagem em volta do produto, com a garantia do mesmo, com o seu design e a marca. A qualidade do produto deve relacionar-se sobretudo com a resposta à expectativa dos clientes, o produto e o seu desempenho necessitam de ir ao encontro do que os clientes expectam e de satisfazer as suas necessidades. Quanto ao design importa considerar a funcionalidade, a ergonomia, a eficiência, a adaptação ao uso social, a atratividade e a valorização do produto. E quanto à embalagem é necessário ter em atenção a sua conceção e o seu aspeto decorativo (Zeithaml et al., 2013). O “P” de produto também se enquadra nos serviços, pois em muitos casos por de trás da aquisição de um produto está a entrega de um ou mais serviços (ex. conselhos dos vendedores, serviço pós venda) (Lindon et al., 2008).

O preço diz respeito ao custo em termos monetários, à diferenciação e aos descontos (Zeithaml et al., 2013). O preço é um elemento objetivo e é o único que gera lucro entre os restantes P's. É também a forma de poder aceder a qualquer serviço, mesmo nas organizações sem fins lucrativos, embora detenha outros nomes como por exemplo taxas. O preço pode dividir-se em custo monetário, que significa o preço a pagar para adquirir um



determinado serviço; e em custo não-monetário, isto é o tempo dispensado à procura da melhor solução, visto que nos serviços é necessário pesquisar cada prestador, enquanto nos produtos o preço está afixado, o tempo de espera para obter o serviço como acontece com as listas de espera para institucionalização, os possíveis custos de mobilização até ao local para obter o serviço e ainda os custos psicológicos, como a incerteza do que se vai suceder. Contudo, esta divisão dos custos é pensada tendo em conta o tipo de serviço disponibilizado e ainda o mercado-alvo. No que respeita os serviços, a definição do preço é de difícil execução porque é mais complexo obter informação sobre os preços. Por vezes é difícil comparar serviços, porque compõem pacotes diferentes, por outro lado o preço pode ser mencionado apenas no final da prestação do serviço, a urgência do serviço pode proporcionar preços diferentes, assim como a qualidade do serviço (Dantas, 2013).

A distribuição prende-se com o tipo de canal utilizado para a exposição do produto assim como a gestão desses mesmos canais, com os intermediários, com os locais dos estabelecimentos comerciais, com o transporte e com o armazenamento dos produtos (Zeithaml et al., 2013). Relativamente aos serviços, como bens intangíveis que são, é impossível produzi-los e enviá-los para intermediários que os farão chegar ao cliente final ou que este vá até um retalhista adquiri-lo. Os serviços pressupõem a interação entre o cliente e o prestador de serviços, embora já se possa adquirir serviços à distância. Além destes, há a possibilidade do cliente se deslocar até à organização prestadora do serviço, ou vice-versa o prestador de serviço deslocar-se ao domicílio do cliente. Em muitos casos, o cliente está disposto a deslocar-se até ao prestador de serviço, embora algumas vezes esta distância seja considerável, contudo e dependendo da distância não é possível proceder sempre desta forma, compelindo algumas vezes as empresas a criarem outras unidades de negócio mais próximas dos clientes, assegurando a acessibilidade (Dantas, 2013).

Por último, a promoção relaciona-se com a publicidade, com a promoção de vendas, com as vendas pessoais, com as relações públicas e com o marketing direto (Kotler et al., 2001). Com a publicidade pretende-se despertar a procura, informando os indivíduos dos serviços disponibilizados pela organização, da imagem, da marca. Pelo facto da publicidade ser transmitida por múltiplos meios existe um risco de saturação publicitária sendo que no caso dos serviços alguma limitação no campo da publicidade deve ser considerada dado a complexidade desta abordagem. Será, por exemplo, mais difícil fazer publicidade sobre um tratamento cirúrgico. Deste modo apresentam-se algumas propostas a ter em conta no que

toca a publicidade dos serviços: orientação para os colaboradores, uma vez que a execução do serviço é condicionada pela pessoa que o presta, sendo necessário a organização identificar e publicitar regras de conduta, visando transmitir aos prestadores o desempenho que devem ter e aquilo que os clientes esperam receber; estimular o passa-a-palavra através de novas formas de publicidade com mensagens mais atrativas e inovadoras; fornecer elementos tangíveis como instalações mais apelativas e a boa imagem dos colaboradores; simplificar a compreensão do serviço com apresentação de imagens do que se pode suceder ao adquirir determinado serviço, seleção de um logotipo apelativo; fazer publicidade contínua, reforçando a imagem de marca na mente dos clientes ou dos eventuais clientes; e fazer promessas coerentes, passíveis de serem cumpridas.

A promoção pressupõe informar, persuadir e influenciar os clientes. Como se sabe que o custo de atrair novos clientes é muito superior ao custo de manter os já existentes, quer porque os clientes existentes são atrativos para organização por motivos relativos à compra, pois estes clientes compram mais e não são tão sensíveis ao preço uma vez que têm noção da qualidade do serviço; como por razões de custo inferior para a organização, visto que esta já conhece os interesses dos clientes, assim como os clientes já conhecem o funcionamento da organização, proporcionando trocas mais simples e breves; mas também por questões de satisfação, dado que os clientes atuais estão satisfeitos com a prestação de serviços, tornam-se causadores do passa-a-palavra que gera atração de novos clientes para a organização (Dantas, 2013; Zeithaml, 2000).

As promoções de venda surgem com o objetivo de aumentar o processo de compra e de recompra dos clientes e também com o intuito de obter melhores resultados face aos obtidos pela publicidade, visto que estes têm vindo a diminuir. Estas podem surgir por exemplo sob a forma de cupões e preços especiais.(Dantas, 2013). Destacam-se Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues (2008) que corroboram esta ideia, afirmando que em Portugal, assim como noutros países, se verifica que as promoções de venda têm mais impacto do que a publicidade e, desta forma, as empresas têm apostado maioritariamente nas promoções de venda relativamente aos investimentos em publicidade. Tal facto pode ser explicado por quatro razões: quando a oferta é pouco diferenciada não é possível apenas pela publicidade e pelas relações públicas que o consumidor tenha preferências por determinada marca, ele irá privilegiar as ofertas mais atrativas, com vantagens promocionais; muitas vezes a publicidade apresenta um nível de saturação tão elevado que é preferível optar por

outras vias de difusão como a promoção; os gestores de marketing dão muitas vezes primazia à publicidade para obter resultados imediatos ao invés de apostarem na manutenção de uma boa imagem de marca; a distribuição cria sobre os produtores pressões a favor da promoção que são perceptíveis nas vendas.

Relativamente às vendas pessoais, estas implicam a comunicação interpessoal e são uma ferramenta importante na construção das preferências dos clientes, pois permitem observar as necessidades do cliente e responder de forma rápida às mesmas. Por sua vez, a venda pessoal possibilita também o desenvolvimento de um relacionamento a longo prazo entre os vendedores e os clientes (Kotler et al., 2001).

No que concerne às relações públicas, o seu objetivo passa primeiro por facilitar o processo de vendas em detrimento da venda propriamente dita e ainda transmitir e manter uma boa imagem da empresa com vista a incrementar a visibilidade da mesma (Dantas, 2013; Lindon et al., 2008). Neste sentido, as relações públicas consagram um relacionamento de confiança entre a organização e o seu público-alvo e tendem a comunicar uma imagem positiva da empresa. Em suma, as relações públicas interpretam a mensagem da empresa e passam-na para o público ou vice-versa (Lindon et al., 2008). O marketing direto existe sob várias formas, como por exemplo através do marketing por correio eletrónico e do marketing online. O marketing direto não é público consiste em mensagens individualizadas, é imediato, pode ser personalizado e é interativo, permitindo um diálogo entre a empresa e o consumidor, com vista a atingir a satisfação do cliente (Kotler et al., 2001).

Dantas (2013) defende o marketing de causas sociais que se baseia na associação de uma empresa a uma causa social. Apesar deste tipo de marketing não fazer parte das ferramentas de promoção promove a comunicação da empresa pelas redes sociais que se mostram atentas a este tipo de iniciativas e desta forma, o marketing das causas sociais reforça as relações públicas, por sua vez, demonstra a importância que a marca dá às causas sociais, ajudando-a a cumprir a sua responsabilidade social.

Por forma a enriquecer o conceito do marketing-mix tradicional surgem outros P's, nomeadamente os 3P's acrescentados ao marketing-mix dos serviços (Dantas, 2013), que visam a interação com os clientes voltada para o atendimento das exigências do cliente de forma rentável num mercado competitivo (Lovelock, Wirtz, & Hemzo, 2007), nomeadamente pessoas, processos e evidências físicas. Pessoas são aquelas que participam na prestação do serviço e desta forma, afetam as percepções do cliente, ou seja, as apreciações

que este constrói sobre a experiência do serviço, e que abrangem os colaboradores da organização, o cliente e outros clientes no ambiente físico onde o serviço é prestado. O processo resulta dos procedimentos utilizados para a execução do serviço na prática. A evidência física representa o espaço físico onde o serviço é prestado, onde, por sua vez, existe interação entre a organização e o cliente, e integra elementos que tangibilizam o serviço e que facilitam a prestação e comunicação do mesmo. O marketing-mix dos serviços é fundamental no tratamento dos serviços centrados no cliente (Zeithaml et al., 2013).

Quando o cliente toma a decisão de compra, de seguida, passa pela experiência de serviço, o momento da verdade, onde o serviço é realmente executado e onde o contacto pode ser elevado ou reduzido. Os serviços de contacto elevado sugerem interação ao longo do processo entre o cliente e a organização prestadora. Já os serviços de contacto reduzido pressupõem baixo contacto ou contacto nulo entre os clientes e a empresa prestadora de serviços. Estes últimos têm grande tendência nos dias de hoje dada a sua conveniência em muitos casos. Embora o contacto físico entre o cliente e a organização tenha vindo a diminuir não significa que se descure a importância dos provedores de serviço, pois estes continuam a ser muito importantes no que se refere a falhas no processo do serviço (Lovelock et al., 2007).

De seguida, atravessa-se para a avaliação qualitativa e quantitativa do plano de ação com o intuito de perceber a exequibilidade dos objetivos traçados. A avaliação qualitativa passa por compreender se o plano de ação é adaptado ao mercado e à empresa, verificar a coerência do marketing-mix e do posicionamento delineado, confirmar a existência de pelo menos uma vantagem da empresa face à concorrência e analisar os possíveis resultados que a empresa pode atingir num panorama mais pessimista. Quanto à avaliação quantitativa, esta procura entender as repercussões do marketing-mix esboçado pela empresa sobre o volume de vendas, a quota de mercado e os resultados financeiros, numa determinada projeção temporal (Lindon et al., 2008).

Relativamente aos serviços, existem algumas dificuldades no que respeita a tomada de decisões em marketing. Por exemplo, em estudos de mercado e comportamento dos consumidores, a intangibilidade dos serviços não permite o desenvolvimento de protótipos de serviços tal como se faz com os produtos, o que dificulta o teste de novos conceitos. Também pelo facto da prestação de serviços envolver o consumidor, verificam-se alguns obstáculos em questões de representatividade dos estudos e de segmentação do mercado,

assim como não existem painéis de avaliação para observar o consumo dos serviços e o posicionamento das marcas concorrentes. O posicionamento traz alguns problemas para os serviços, por exemplo é muito difícil conceder uma proteção jurídica sobre um novo conceito de serviço e ainda a diferenciação nos serviços passa essencialmente pela qualidade do serviço ou pelo preço praticado em detrimento de um conceito de serviço original. No que toca à qualidade do serviço, esta tem que ser avaliada durante e após a sua prestação, uma vez que os clientes participam na produção do serviço. Em questões de distribuição, também existem barreiras, pois dada a simultaneidade dos serviços que conduzem à impossibilidade de criar stock é complexo responder aos picos de procura. No que concerne à comunicação, é difícil comunicar algo que é imaterial e ainda, em termos de garantia do serviço, surgem complicações pelo facto da produção do serviço pressupor o envolvimento do pessoal de contacto e do cliente, que não permite oferecer uma garantia de forma homogénea para cada consumidor (Lindon et al., 2008).

Perante o aumento do número de pessoas longevas, existe conhecimento que permite aos profissionais que trabalham no entendimento do processo de envelhecimento como na prestação de serviços dirigidos para este público, “lidar com as implicações pessoais, políticas e de saúde desta realidade (Silva et al., 2015, p.1)”. Este público tem necessidades peculiares focadas tanto na doença e na prestação de cuidados de saúde como na prestação de serviços que fomentem o desenvolvimento do idosos, a sua participação ao nível social e que primordialmente conservem a sua dignidade e estimulem a sua qualidade de vida (Silva et al., 2015).

É neste sentido importante refletir no marketing-mix dos serviços associados aos serviços de apoio à terceira idade com o intuito de adaptar os serviços existentes às necessidades reais dos idosos e promover respostas que vão além dos cuidados básicos.



## **CAPÍTULO 6: METODOLOGIA**

Neste capítulo procede-se à apresentação dos objetivos deste estudo, assim como da metodologia utilizada para o seu desenvolvimento, aprofundando-se a constituição da amostra, descreve-se os instrumentos inerentes à de recolha de dados e os procedimentos aplicados quer na recolha quer no tratamento da informação recolhida.

Os objetivos deste trabalho passam por conhecer as perceções da população idosa face à solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida; verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e grupo de idosos não institucionalizado relativamente aos conceitos mencionados; observar se a solidão tem efeito negativo sobre a perceção de qualidade de vida, concretamente em cada um dos seus domínios; constatar se a solidão tem efeito negativo sobre a perceção de satisfação com a vida; perceber se solidão explica cada um dos domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais, ambiental e geral); analisar se a solidão influencia a satisfação com a vida; e, tendo em consideração a importância atual do contexto institucional na sociedade e as tendências futuras, propor uma abordagem de marketing de serviços de cuidado prestados pelas IPSS no âmbito de resposta social de estrutura residencial para idosos.

Para a execução deste trabalho, a metodologia utilizada baseia-se na literatura mais relevante abrangendo trabalhos que contribuíram para o tema (Jauregui, 2015; Kumari, 2015; R. Martins, 2002; Tzouvara et al., 2015)

Este estudo é baseado no paradigma quantitativo, que, segundo Ribeiro (2010), se expressa através de números, variáveis que têm significado para a investigação e são recolhidas através de instrumentos. Neste tipo de investigação a validade interna do estudo está dependente da produção destes números, ou seja, da validade e fidelidade dos instrumentos de recolha de dados.

### **6.1 PARTICIPANTES**

Perante a impossibilidade de acesso a toda a população foi necessário recorrer a uma amostra para aprofundar o fenómeno a ser estudado, optando-se por uma amostragem não-probabilística. Esta técnica permite escolher deliberadamente os elementos constituintes da amostra, selecionando-se no caso do presente estudo uma amostra por acessibilidade/conveniência em função da disponibilidade das instituições para participar no

estudo, assim como dos gerontes envolvidos na comunidade que manifestaram interesse e receptividade para serem inquiridos. Tendo em consideração a área de abrangência, os critérios de inclusão e a intenção do estudo, foi considerado o modo mais adequado.

Contribuíram para o estudo 103 idosos residentes em oito estruturas residenciais para idosos e 103 idosos residentes no seu domicílio, perfazendo uma amostra de 206 inquiridos. A amostra do estudo provém do município de Ílhavo e do município de Aveiro.

## **6.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídos no estudo os participantes com idade igual ou superior a 65 anos, sem défice cognitivo e não acamados.

De acordo com Schaie e Willis (1996), o processo de envelhecimento está associado ao declínio cognitivo e, entre as capacidades mais afetadas, estão a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo. O declínio cognitivo não é consequência de uma componente puramente biológica, existem outros fatores que o influenciam como: o nível educacional, laboral e motivacional, o estado de saúde, a personalidade e o estilo de vida (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006). Contudo, existem défices cognitivos relacionados com a idade, devido às variações da taxa de propagação de informação. Ou seja, há uma diminuição da velocidade de resposta que leva ao declínio cognitivo (Fonseca, 2006). Desta forma, há necessidade de exercitar o cérebro, assim como se faz com o corpo, para continuar a funcionar (Ribeiro & Paúl, 2011).

Neste sentido, os idosos institucionalizados foram selecionados pelos diretores técnicos e em alguns casos pelos animadores das variadas instituições, com vista a cumprirem os critérios de inclusão, sobretudo o critério referente ao défice cognitivo. Assim, de acordo com avaliações das próprias instituições de cuidado perante os utentes, foi possível inquirir idosos que cumprissem os requisitos de participação no estudo. No que toca aos idosos da comunidade, foram feitas algumas questões básicas que integram o *Mini-Mental State Examination* (ex. questões sobre o dia da semana/mês/freguesia em que nos encontramos) (Guerreiro et al., 1994) como forma de despistar algum comprometimento a este nível.



### **6.3 PROCEDIMENTO E RECOLHA DE DADOS**

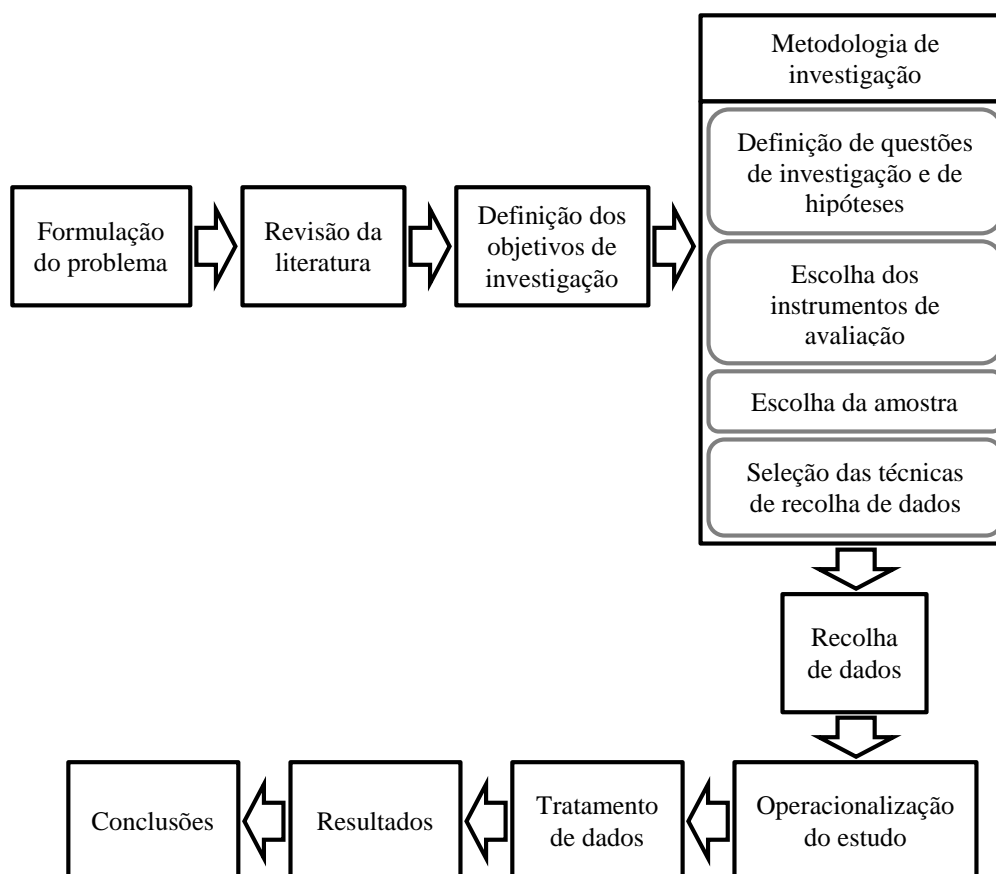
Para a abordagem dos participantes em estrutura residencial para idosos optou-se inicialmente por estabelecer um contacto presencial, onde foram apresentados o estudo e os seus objetivos, assim como os instrumentos de avaliação a ser utilizados para a recolha de dados. O contacto foi feito com o diretor técnico de cada instituição. Em alguns casos foi necessário reforçar este contacto através de e-mail, com o intuito de formalizar o pedido e assim obter posterior autorização por parte da direção da instituição. Para além destes procedimentos, em algumas situações foi necessário informar a família do participante do decurso do estudo.

Com base nos critérios de admissão a própria instituição procedeu à seleção dos idosos com capacidade para participar e com disponibilidade e vontade para o fazer. Os inquéritos foram realizados em salas disponibilizadas pelas instituições, de modo a manter o sigilo sobre as respostas dadas às questões. Visto que o questionário foi submetido a vários idosos de cada instituição, foi necessário visitar a mesma instituição algumas vezes, o que se tornou muito útil por permitir observar as dinâmicas realizadas na instituição, interagir com os funcionários e com os próprios utentes.

Relativamente aos idosos habitantes na comunidade, utilizaram-se várias abordagens para mobilizar a participação dos mesmos. Como forma de quebrar o medo natural das pessoas e de tornar mais credível o estudo foi questionado a alguns idosos como manter confiança com outros idosos para estes participarem no estudo. Procedeu-se também à divulgação de vários avisos na igreja paroquial com o apoio do padre da paróquia, que disponibilizou uma sala no cartório paroquial para a aplicação dos questionários aos idosos que entenderam participar após a receção do aviso. Alguns idosos indicaram outros idosos amigos, vizinhos e/ou familiares para participarem no estudo valorizando-se o método de bola de neve. Alguns participantes foram informados do estudo em reuniões semanais de convívio e partilha de saberes, que posteriormente se disponibilizaram para colaborar no preenchimento do questionário. Antes de responder a qualquer questionário, foi lido o consentimento informado (Anexo 1), onde se transmitiu o objeto e a importância do presente estudo, que posteriormente foi devidamente assinado por cada participante que entendeu fazer parte do estudo. Todos os dados foram recolhidos pelo investigador, de forma a tentar aferir a veracidade dos critérios de inclusão.

## 6.4 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O esquema representado pela Figura 1 traduz os passos efetuados para a execução do presente estudo, com o intuito de organizar e orientar as tarefas a realizar.



**Figura 1.** Esquema ilustrativo da execução do estudo (fonte: elaboração própria)

## 6.5 ASPETOS ÉTICOS DE INVESTIGAÇÃO

Valorizando os princípios éticos de Lo (2008), que orientam as pesquisas com pessoas: princípio do respeito à pessoa, princípio da beneficência e princípio da justiça. O princípio do respeito à pessoa desencadeia o consentimento informado, que visa informar os participantes do decurso que o estudo irá tomar, ressaltando a confidencialidade das respostas dadas pelos mesmos, por forma a proteger e respeitar os seus direitos, garantir a sua participação livre e clarificada. O princípio da beneficência, considera a prática do bem perante o outro, exigindo neste tipo de estudos que se siga uma orientação científica a favor do bem-estar dos inquiridos. Pois é necessário lembrar que podem existir prejuízos (físicos e psicológicos) para os participantes, como seja a quebra da confidencialidade. Desta forma,

neste estudo foi explicado aos participantes os objetivos do mesmo, com vista a cumprir este princípio. Por último, o princípio da justiça consagra a igualdade para todos no sentido da existência de benefícios e igualmente de obrigações. Assim, cada inquérito foi conduzido de forma personalizada com o esclarecimento de todas as dúvidas que foram ocorrendo durante o mesmo. E, ainda foi apresentada ao idoso a possibilidade de desistir a qualquer momento, de forma a garantir que não havia riscos para os participantes.

A ética é a ciência da moral, é um conjunto de permissões e interdições que têm um importante valor na vida das pessoas e nas quais estes se inspiram para direcionar os seus comportamentos (Fortin, 1996).

Entre os direitos mais importantes, para este estudo, estão o consentimento informado, a confidencialidade e a autorização da instituição. O consentimento informado consiste em informar os participantes acerca da investigação que se está a realizar, e obter uma assinatura do participante em como concorda participar no estudo (Ribeiro, 2010). A confidencialidade é o direito ao anonimato, à não revelação da identidade do sujeito participante. De tal forma, que nenhum participante do estudo seja reconhecido pelo investigador, nem pelo leitor (Fortin, 1996). A autorização da instituição é um procedimento ético importante neste projeto, pois metade da amostra deste estudo é proveniente de algumas estruturas residenciais para idosos e como tal carece das autorizações das mesmas.

## **6.6 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Este estudo procurou encontrar a resposta para as seguintes questões de investigação:

- Qual a importância do local de residência no sentimento de solidão percebida, qualidade de vida e satisfação com a vida de pessoas idosas?
- De que forma a solidão explica os diferentes domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, das relações sociais, ambiental e geral) medida pela escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref)?
- De que forma a solidão influencia a satisfação com a vida medida pela escalada de satisfação com a vida (SWLS)?
- Tendo em consideração o panorama demográfico, económico e social, que abordagem respeitante ao marketing de serviços as IPSS podem adotar para responder às necessidades das estruturas residenciais para pessoas idosas?

## **6.7 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO**

A escolha da técnica de pesquisa utilizada teve por base a natureza dos dados a recolher, implicando a definição clara do projeto. Esta assenta, na leitura de diversas fontes bibliográficas e balanço de diferentes aspetos do problema que se foram evidenciando. Estes aspetos foram sendo comparados entre conteúdos de vários textos e os pontos de vista por eles definidos face aos diferentes pontos de vista analisados, foram surgindo problemáticas que permitiram formular as questões de investigação apresentadas/ideais que sustentaram este estudo (Quivy & Compenhoudt, 2005).

O presente trabalho pretendeu comparar o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos residente na comunidade face aos conceitos de solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida considerando desta forma a relevância do local de residência e as suas possíveis implicações. Definiu-se para este efeito cinco hipóteses de estudo:

H<sub>1</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face ao nível de solidão percebido;

H<sub>2</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face ao nível de qualidade de vida percebido;

H<sub>3</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face ao nível de satisfação com a vida percebido;

H<sub>4</sub> – A solidão tem efeito negativo na perceção de qualidade de vida;

H<sub>4a</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio físico da qualidade de vida;

H<sub>4b</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio psicológico da qualidade de vida;

H<sub>4c</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio das relações sociais da qualidade de vida;

H<sub>4d</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio ambiental da qualidade de vida;

H<sub>4e</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio geral da qualidade de vida;

H<sub>5</sub> – A solidão tem efeito negativo na perceção de satisfação com a vida.

## **6.8 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Com o intuito de estudar dados sociodemográficos da amostra procedeu-se à elaboração de um respetivo questionário (Anexo 2). O conceito de solidão foi medido através da escala de solidão (UCLA) validada por Pocinho, Farate e Dias (2010) para a população portuguesa, a qualidade de vida foi mensurada através da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) validada para a população portuguesa por Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes (2006) e a satisfação com a vida foi avaliada através da escala de satisfação com a vida (SWLS) de Simões (1992) também validada para a população portuguesa. Todas as escalas foram utilizadas com a permissão dos respetivos autores.

Para medir o grau de consistência interna deste estudo, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente é utilizado como uma estimativa de fiabilidade dos dados obtidos através de um questionário. São considerados valores aceitáveis de alfa de Cronbach acima de .70 (Field, 2013). Pestana e Gageiro (2014) consideram uma consistência da escala muito boa para valores de alfa de Cronbach superiores a .90, boa para valores de alfa compreendidos entre .80 e .90, razoável para valores situados entre .70 e .80, fraca para valores entre .60 e .70 e inaceitável para valores inferiores a .60.

### **6.8.1 ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA)**

Com o intuito de avaliar a solidão nos idosos da amostra, procedeu-se ao levantamento de dados através da escala de solidão (UCLA), presente no Anexo 3. Esta escala foi desenvolvida primeiramente por Russell, Peplau, e Ferguson (1978) e era baseada nas afirmações de psicólogos sobre o seu entendimento acerca da experiência de solidão. A versão original possui 20 itens que avaliam a solidão com quatro opções de resposta compreendidas entre “nunca” e “frequentemente”. Esta versão já foi revista duas vezes, existindo neste momento a terceira versão por razões que envolvem a orientação da construção das frases que pretendem avaliar o nível de solidão, isto é, os itens estavam inicialmente todos orientados no sentido negativo, o que poderia influenciar a pontuação das respostas. Contudo, a validação desta escala para a população portuguesa de Pocinho, Farate e Dias (2010) baseou-se na escala original, pois a aplicação das escalas num grupo de idosos (escala original com todos os itens direcionados no sentido negativo e a terceira versão da escala com alguns itens orientados no sentido positivo e outros no sentido negativo)

demonstrou que a escala original era mais fácil de interpretar. Por outro lado, a versão portuguesa eliminou quatro itens (3,6,14 e 20), visto que não demonstravam uma interdependência expressiva com o fator solidão, ficando composta apenas por 16 itens, que avaliam o isolamento social e as afinidades como preditores de solidão. Assim, o aumento da pontuação ao longo da escala traduz-se no aumento de sentimentos negativos e de solidão. A versão portuguesa foi aplicada num grupo de idosos de ambos os géneros e residentes em Portugal.

### **6.8.2 ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)**

Relativamente, ao conceito de qualidade de vida, este foi medido a partir da escala WHOQOL-bref versão reduzida (Anexo 4), composta por 26 perguntas, da versão original WHOQOL-100, composta por 100 questões. Ambas as versões foram produzidas pela OMS. A versão reduzida surgiu com o intuito de diminuir o tempo de preenchimento, objetivando compreender características psicométricas admissíveis como a versão original. Desta forma, a versão abreviada da WHOQOL-100 comporta o carácter abrangente da versão original e utiliza as questões que melhor representam e explicam a avaliação da qualidade de vida. Esta versão abarca 26 questões avaliadas segundo uma escala do tipo Likert (5 pontos), das quais duas questionam de forma abrangente a perceção de qualidade de vida e de saúde das pessoas, e as restantes 24 avaliam características mais específicas dos domínios: físico, psicológico, social e ambiental; preservando a subjetividade e a multidimensionalidade da conceção de qualidade de vida. A versão portuguesa da WHOQOL-bref de Serra et al. (2006) foi orientada segundo diretrizes específicas da OMS (idade, género, grupo de pessoas saudáveis, grupo de indivíduos doentes).

### **6.8.3 ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)**

Com vista a analisar a satisfação com a vida dos idosos presentes na amostra deste estudo, utilizou-se a escala de satisfação com a vida (SWLS), disponível no Anexo 5. A versão original foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) a partir de um conjunto de 48 questões que conseguiu avaliar em apenas cinco, mantendo a fiabilidade do estudo. Esta versão é avaliada por uma escala do tipo Likert de 7 pontos, em que as opções de resposta estão compreendidas entre (1) “discordo totalmente” e (7) “concordo totalmente”. Todavia, a validação desta escala para a população portuguesa de Simões

(1992) reduziu o número de alternativas de resposta para cinco, com o intuito de simplificar a compreensão das respostas para pessoas com menos habilitações literárias, mantendo a fiabilidade do estudo original. Também esta versão portuguesa serviu para modificar algum vocabulário e tornar as questões mais acessíveis em termos de compreensão, para pessoas com menos habilitações, ao invés da primeira versão portuguesa que surgiu da validação desta escala, já que a versão de Simões (1992) foi aplicada em jovens, adultos e idosos de diferentes classes, categorias profissionais e alguns alunos da Universidade de Coimbra. Relativamente à pontuação, quanto mais elevada maior o nível de satisfação com a vida.

## **6.9 MÉTODOS**

Para a análise de dados utilizou-se o software SPSS versão 23 e recorreu-se a técnicas estatísticas univariadas e bivariadas. Nas análises foram considerados níveis de significância usuais (0.1, 0.05 e 0.01).





## CAPÍTULO 7: RESULTADOS

Os dados primários foram recolhidos a partir de uma amostra de população idosa residente nos municípios de Ílhavo e de Aveiro, tanto em contexto institucional como não institucional. Nesse sentido, conheceu-se as perceções dos idosos referentes à solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida; testaram-se as hipóteses, com vista a perceber a existência de diferenças estaticamente significativas relativamente à solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida entre os grupos, e se a solidão tem efeito negativo na qualidade de vida mais concretamente nos seus domínios (físico, psicológico, social e ambiental); analisou-se até que ponto a solidão tem impacto quantitativo na qualidade de vida do universo do estudo e de que forma a solidão explica a satisfação com a vida. Com base nos resultados foi proposta uma abordagem de marketing para as IPSS que oferecem uma resposta social de estrutura residencial para idosos, objetivando um serviço personalizado e individualizado para cada utente.

Para a abordagem dos idosos institucionalizados contactou-se de forma presencial 11 instituições, das quais 3 recusaram participar no estudo (taxa de resposta=72.73%). Em contexto institucional foram inquiridos 103 idosos. Relativamente aos idosos habitantes na comunidade, foram interrogadas 116 pessoas, das quais 13 rejeitaram participar na amostra (taxa de resposta=88.79%). A aplicação dos instrumentos de avaliação demorou cerca de 20 minutos com cada idoso.

Para medir o grau de consistência interna, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach, obtendo-se para a escala de solidão (UCLA) na dimensão do isolamento social  $\alpha=.93$ , na dimensão das afinidades  $\alpha=.85$ , e para a soma de todos os itens da escala  $\alpha=.95$ . A dimensão do isolamento social e a soma de todos os itens apresentam uma consistência interna muito boa e a dimensão das afinidades tem uma consistência interna boa. Para a escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref), obteve-se para o domínio físico  $\alpha=.73$ , para o domínio psicológico  $\alpha=.74$ , para o domínio das relações sociais  $\alpha=.34$ , para o domínio ambiental  $\alpha=.67$  e para o domínio geral  $\alpha=.44$ . O domínio físico e o domínio psicológico têm uma consistência interna razoável, o domínio ambiental demonstra uma consistência fraca e os domínios das relações sociais e geral apresentam uma consistência inaceitável. Como esta escala é composta apenas por domínios, não se podendo proceder à soma de todos os itens para obter um total da escala, calculou-se o alfa de Cronbach para os respetivos domínios. Por último, para a escala de satisfação com a vida (SWLS) obteve-se  $\alpha=.83$ , correspondendo

a uma boa consistência interna. Esta última escala só compreende cinco questões, o que não lhe permite ter dimensões, utilizando-se para o cálculo do valor de alfa a soma dos itens da escala.

### **7.1 ANÁLISE DESCRITIVA**

A amostra (N=206) possui idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos, sendo a média de idades 77.06 anos e o desvio padrão 9.062. Dos inquiridos 72.8% são mulheres (n=150), constituindo a maioria, e 27.2% são homens (n=56). No que respeita o estado civil, grande parte é viúva (49.5%), mas também há uma grande incidência de pessoas casadas (39.3%), seguindo-se os indivíduos solteiros (5.8%) e divorciados (5.3%). Quanto ao nível mais elevado de escolaridade obtido, 67.3% refere que tem o equivalente ao primeiro ciclo (4ª classe), seguindo-se os indivíduos analfabetos (13.7%), depois pessoas com o 3º ciclo (6.3%), posteriormente pessoas com licenciatura (4.4%), e por último, indivíduos com o 2º ciclo e ensino secundário (3.9% em ambos) e apenas uma única pessoa tem grau superior de mestrado (0.5%). De acordo com a localidade onde reside atualmente, muitos idosos residem na cidade da Gafanha da Nazaré (36.9%), outros residem na cidade de Aveiro (29.1%), algumas pessoas vivem nos arredores como Gafanha da Encarnação (15.5%), Gafanha do Carmo (14.1%), Ílhavo (3.9%) e Gafanha d'Áquem (0.5%). Quanto ao nível de rendimento, apenas 160 pessoas (77.7%) responderam à questão, as restantes 46 (22.3%) quiseram manter sigilo sobre o seu rendimento ou por outro lado, algumas pessoas disseram não saber o seu vencimento. Assim sendo, e reportando apenas os casos válidos, 39.4% dos inquiridos tem um rendimento que compreende os 200€ e os 400€, seguindo-se aqueles que recebem uma quantia compreendida entre os 400€ e os 600€ (23.1%), posteriormente com percentagem equivalente existem pessoas cujo salário é inferior a 200€ e pessoas cujo salário é superior a 1000€ (12.5% em ambas as situações), por último seguem-se os indivíduos que recebem entre 800€ e 1000€ (6.9%) e os que recebem entre 600€ e 800€ (5.6%).

Quanto ao grupo de idosos residente em estrutura residencial para idosos (n=103), as idades distribuem-se entre 65 e os 98 anos, com uma média de idades de 82.86 e um desvio padrão de 8.171. O grupo de idosos que habitam nas suas casas (n=103) tem idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos, com uma média de 71.26 e desvio padrão 5.506.

**Tabela 1.** Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização sociodemográfica

Variáveis		Institucionalizados		Não institucionalizados	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Gênero	Feminino	75	72.8%	75	72.8%
	Masculino	28	27.2%	28	27.2%
Estado civil	Casado	12	11.7%	69	67.0%
	Solteiro	10	9.7%	2	1.9%
	Viúvo	75	72.8%	27	26.2%
	Divorciado	6	5.8%	5	4.9%
	Nenhum	26	25.5%	2	1.9%
	1º Ciclo	53	52.0%	85	82.5%
Nível de escolaridade	2º Ciclo	6	5.9%	2	1.9%
	3º Ciclo	9	8.8%	4	3.9%
	Ensino Secundário	2	2.0%	6	5.8%
	Licenciatura	6	5.9%	3	2.9%
	Mestrado	0	0.0%	1	1.0%

Relativamente à amostra residente em contexto institucional, o questionário aplicado para obter dados sociodemográficos prossegue com mais questões que permitem perceber o tipo de visitas que recebe com mais frequência e o motivo da institucionalização. Os idosos institucionalizados referem que a visita que recebem com mais frequência são os filhos (65.0%), seguindo-se os amigos e irmãos com o mesmo valor percentual (8.7%), depois surgem as visitas dos sobrinhos (6.8%), posteriormente os cônjuges (4.9%), outros familiares (2.9%), como por exemplo cunhados e primos, os netos (1.9%) e por último, apenas uma pessoa revela que ninguém a visita (1.0%). Quanto ao motivo da institucionalização, muitos participantes revelaram que residiam sozinhos (39.8%) razão pela qual integraram uma instituição, sendo uma decisão tomada em conjunto com a família (filhos e netos). O segundo motivo mais referido prende-se com a necessidade de cuidados permanentes (31.1%), seguindo-se a falta de condições por parte da família para cuidar do idoso (18.4%). Apenas 9 idosos disseram que foram para a instituição por vontade própria (8.7%) e 2 revelaram não ter ninguém a quem recorrer (1.9%).

Com o intuito de avaliar a rede de suporte social dos gerontes residentes no domicílio, questionou-se a existência de cuidador e o tipo, a composição do agregado familiar e as condições de habitação. A esmagadora maioria respondeu que não tinha cuidador (86.4%) e os idosos que têm cuidador (13.6%) mencionaram que recebiam cuidados por parte do cônjuge, dos filhos e outros familiares (cuidadores informais) e apenas um participante mostrou receber cuidados de um cuidador formal. O agregado familiar destes idosos é sobretudo composto pelo mesmo e pelo cônjuge (48.5%), sendo que há um grande número

de idosos que residem sozinhos (21.4%), seguido dos idosos que habitam com o cônjuge e com os filhos (8.7%), depois os que habitam com os filhos (7.8%), os que habitam com o cônjuge, filhos e netos (4.6%), os que habitam com o cônjuge e netos (3.0%), os que habitam com irmão(s) (1.9%), os que habitam com filhos e netos (1.9%), os que habitam só com netos (1.0%) e os que habitam com filhos, netos e outros familiares (1.0%). No que toca às condições de habitação, a maioria tem uma casa confortável (80.6%), seguindo-se os idosos que têm uma casa com condições luxuosas (10.7%) e os restantes mencionam ter uma casa em bom estado de conservação (8.7%).

A escala de solidão (UCLA) compreende respostas entre “nunca (1)” e “frequentemente (4)”, denotando-se mais solidão quanto maior a pontuação. Perante a avaliação da solidão através da escala mencionada, o item “sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho” foi o que apresentou maior frequência ( $M=1.72$ ,  $DP=1.030$ ) e o item que apresentou menos frequência foi “sente-se abandonado” ( $M=1.18$ ,  $DP=0.613$ ), como se pode observar na Tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição das médias e desvios-padrão relativos à perceção de solidão segundo os itens da escala de solidão (UCLA)

Itens da escala de solidão (UCLA)	M	DP
1. Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	1.72	1.030
2. Sente que não tem alguém com quem falar	1.48	0.887
4. Sente que tem falta de companhia	1.52	0.920
5. Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	1.43	0.804
7. Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	1.21	0.627
8. Não se sente íntimo de qualquer pessoa	1.61	0.939
9. Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	1.38	0.754
10. Sente-se abandonado	1.18	0.613
11. Sente-se completamente só	1.39	0.799
12. É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	1.25	0.700
13. As suas relações sociais são superficiais	1.50	0.837
15. Considera que na realidade ninguém o conhece bem	1.37	0.759
16. Sente-se isolado das outras pessoas	1.34	0.791
17. Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	1.36	0.783
18. É-lhe difícil fazer amigos	1.33	0.723
19. Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	1.27	0.713

M – média

DP – desvio padrão

A escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) tem alguns itens que necessitaram de recodificação para inverter os valores. Esta escala estima a intensidade, capacidade, frequência ou avaliação que as pessoas fazem de acordo com as questões feitas, assim sendo

quanto maior pontuação, maior percepção sobre a qualidade de vida. Como se pode observar na Tabela 3, a questão “até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?” foi a mais pontuada no sentido de maior satisfação (M=3.98, DP=0.483) e o item que apresentou menos frequência foi “até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?” (M=2.75, DP=0.970).

**Tabela 3.** Distribuição das médias e desvios-padrão relativos à percepção de qualidade de vida segundo os itens da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref)

Itens da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref)	M	DP
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	3.67	0.624
2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	2.75	0.970
3. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	3.16	1.268
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	3.02	1.210
5. Até que ponto gosta da vida?	3.38	0.943
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3.73	0.735
7. Até que ponto se consegue concentrar?	3.83	0.736
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3.95	0.506
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	3.93	0.489
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	3.66	0.792
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	3.78	0.756
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	3.25	1.051
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	3.74	0.632
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	3.45	1.010
15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	3.66	1.178
16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	3.28	0.966
17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?	3.62	0.918
18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	3.61	0.908
19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	3.97	0.452
20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	3.92	0.673
21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	2.15	1.417
22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	3.71	0.790
23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	3.98	0.483
24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	3.90	0.585
25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	3.96	0.399
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	3.39	1.150

M – média

DP – desvio padrão

A escala de satisfação com a vida (SWLS) é constituída por apenas cinco questões que variam entre o “discordo muito (1)” e o “concordo muito (2)”, sendo que quanto maior a pontuação, maior a satisfação com a vida. De acordo com a Tabela 4, o item “até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria” foi que obteve maior

pontuação (M=4.31, DP=0.861) e o item que apresentou menos frequência foi “a minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.” (M=3.53, DP=1.420).

**Tabela 4.** Distribuição das médias e desvios-padrão relativos à percepção de satisfação com a vida segundo os itens da escala de satisfação com a vida (SWLS)

Itens da escala de satisfação com a vida (SWLS)	M	DP
1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.	3.53	1.420
2. As minhas condições de vida são muito boas.	4.23	0.927
3. Estou satisfeito com a minha vida.	4.26	0.935
4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	4.31	0.861
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	3.73	1.426

M – média

DP – desvio padrão

## 7.2 TESTES DE HIPÓTESES

Relativamente à escala de solidão (UCLA), com base nos dados da amostra do estudo, há evidência que indica que os dados não provêm de uma população normal. Desta forma, procedeu-se à análise de hipóteses utilizando o teste de Mann-Whitney, um teste não paramétrico. Esta escala é composta por duas dimensões, o isolamento social e as afinidades. De acordo com a Tabela 5, é possível verificar que o domínio do isolamento demonstra evidência estatística para a rejeição da hipótese nula, isto é, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .001$ ) entre os grupos no que respeita a este domínio da escala. Contudo, para o domínio das afinidades não existe evidência estatística ( $p = .190$ ) que permita rejeitar a hipótese nula e, portanto, não se pode afirmar a existência de diferenças entre os grupos. Por outro lado, no que concerne à escala de solidão (UCLA) em geral, dada pela soma de todos os itens, o p-value é de .004, o que, com os níveis de significância aplicados para o estudo, permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face à solidão.

A inspeção dos valores das medianas permite observar que são superiores nas duas dimensões da escala de solidão (UCLA), assim como na soma das duas que origina o domínio geral no grupo de idosos institucionalizado. Os idosos a viver em contexto institucional parecem então ter mais sentimentos de solidão do que os idosos residentes na comunidade.

O coeficiente de correlação de Pearson é apresentado como uma medida de magnitude de efeito, que permite dar um significado prático aos resultados obtidos no que

toca à existência de diferenças entre os grupos. Este coeficiente demonstra que existe um efeito pequeno quando  $r=.10$ , um efeito médio quando  $r=.30$  e um efeito elevado quando  $r=.50$  (Field, 2013). Neste caso, e como supracitado, a dimensão do isolamento social demonstra que existem diferenças significativas entre os grupos, contudo o valor de  $r$  mostra um efeito prático médio-baixo. A dimensão das afinidades apresenta um valor de  $r$  muito baixo, contudo nesta dimensão não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, o domínio geral apresenta diferenças significativas entre os grupos e o significado prático é baixo.

**Tabela 5.** Diferenças entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face à solidão avaliada pela escala (UCLA)

UCLA	Idosos institucionalizados	N	Me	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>R</i>
Isolamento Social	Sim	103	13.00	3750.500	-3.957	.000	.28
	Não	103	11.00				
Afinidades	Sim	103	6.00	4783.500	-1.310	.190	.09
	Não	103	5.00				
Geral	Sim	103	20.00	4105.000	-2.910	.004	.20
	Não	103	16.00				

*r* – coeficiente de correlação de Pearson utilizado como magnitude de efeito

Me - mediana

A escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) é constituída pelos domínios físico, psicológico, das relações sociais, ambiental e geral. Em relação a esta escala, não se rejeitou a hipótese de normalidade de dados do domínio físico, do domínio das relações sociais e do domínio geral e procedeu-se à análise dos dados através de um teste paramétrico, o teste *t* de Student. Tendo em consideração os níveis de significância usuais, pode concluir-se que nos domínios em consideração há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idosos institucionalizados e a viver na comunidade ( $p < .001$ ).

Por outro lado, não se conseguiu verificar o pressuposto de normalidade de dados referentes aos domínios psicológico e ambiental, o que levou à sua avaliação através do teste de Mann-Whitney. Os resultados obtidos nesses dois domínios ( $p < .001$ ) permitem afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos residente em instituição e o grupo de idosos residente no domicílio.

Neste sentido, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para todos os domínios da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref).

De acordo com as médias apresentadas (nos testes paramétricos) é notório que estas são superiores nos idosos não institucionalizados, isto é, os idosos residentes no domicílio parecem ter uma percepção de qualidade de vida superior aos idosos que habitam numa instituição, pois estes últimos demonstram ter uma percepção mais baixa em relação a essa questão. O mesmo se verifica no que respeita às medianas (nos testes não paramétricos), mostrando que os idosos residentes no domicílio parecem considerar a sua qualidade de vida mais elevada quando comparado com idosos institucionalizados, como se pode observar na Tabela 6.

O valor  $d$  refere-se ao  $d$  de Cohen, também utilizado como uma medida de magnitude de efeito para testes paramétricos. Quando  $d=0.20$  existe um efeito baixo, quando  $d=0.50$  o efeito é médio e quando  $d=0.80$  o efeito é alto (Field, 2013). Neste caso, como dois dos domínios foram avaliados pelo teste de Mann-Whitney, apresenta-se o coeficiente de correlação de Pearson como medida de magnitude de efeito. O domínio das relações sociais permite observar que as diferenças entre os grupos, a este nível, são grandes ( $d=0.85$ ). Os domínios físico e geral apresentam um efeito médio relativamente às diferenças entre os dois grupos. Quanto ao domínio psicológico e ao domínio ambiental, o valor de  $r$  indica também um efeito médio destes domínios.

**Tabela 6.** Comparação dos resultados dos diferentes domínios da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) com a condição de institucionalização do idoso

WHOQOL-bref	Idosos institucionalizados	N	M (DP)/Me	$U$	$Z$	$p$	$d/r$
Domínio Físico	Sim	103	55.44 (15.242)	-	-	.000	0.69
	Não	103	65.92 (15.274)				
Domínio psicológico <sup>†</sup>	Sim	103	53.57	3358.500	-4.599	.000	.32
	Não	103	67.86				
Domínio das relações sociais	Sim	103	50.00 (11.493)	-	-	.000	0.85
	Não	103	63.03 (18.401)				
Domínio ambiental <sup>†</sup>	Sim	103	68.75	3104.500	-5.239	.000	.37
	Não	103	75.00				
Geral	Sim	103	51.09 (17.248)	-	-	.000	0.51
	Não	103	59.22 (14.232)				

<sup>†</sup> - os domínios assinalados foram analisados através do teste Mann-Whitney, pelo que devem ser lidos os valores correspondentes a  $Me$ ,  $U$ ,  $Z$  e  $r$ ;

$M$  – média;

$DP$  – desvio padrão;

$Me$  - mediana

$d$  –  $d$  de Cohen;

$r$  – coeficiente de correlação de Pearson.



Relativamente à escala de satisfação com a vida (SWLS), os dados permitiram realizar um teste paramétrico de comparação de duas amostras independentes, o teste *t* de Student. De acordo com o *p*-value dado pelo teste e como se pode observar na Tabela 7, não existe evidência estatística para rejeitar a hipótese nula. Deste modo, não se pode afirmar que haja diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idosos em relação à satisfação com a vida, o que reforça o valor apresentado pelo *d* de Cohen, que é muito reduzido.

**Tabela 7.** Diferenças entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face à satisfação com a vida avaliada pela escala de satisfação com a vida (SWLS)

	Idosos institucionalizados	N	M	DP	<i>p</i>	<i>d</i>
SWLS	Sim	103	19.91	4.140	.646	0.06
	Não	103	20.19	4.642		

M – média;

DP – desvio padrão;

*d* – *d* de Cohen;

### 7.3 ANÁLISE DE REGRESSÕES

Na análise das regressões intencionou-se explicar o fenómeno de qualidade de vida, nos seus diferentes domínios, através da solidão e explicar o fenómeno da satisfação com a vida através da solidão. Tentou-se perceber qual a importância exercida pelo sentimento de solidão na variabilidade da qualidade de vida assim como na variabilidade de satisfação com a vida.

Iniciou-se a análise com a verificação dos pressupostos da regressão linear através da inspeção dos gráficos (PP-plot dos resíduos e a dispersão dos resíduos em função dos valores preditos pelo modelo da regressão linear) e do teste Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lillefors. Os pressupostos da regressão linear foram validados apenas para os modelos com os domínios físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida (WHOQOL-bref), e para a satisfação com a vida (SWLS).

Assim, procedeu-se com a análise de regressão linear simples cujas variáveis dependentes são os domínios físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida assim como o constructo da satisfação com a vida e a variável independente é a solidão percebida.

A qualidade de ajustamento foi avaliada utilizando o coeficiente de determinação  $R^2$  e desta forma, 6.3% da variabilidade do domínio físico da qualidade de vida é explicada pela solidão, como se pode observar na Tabela 8. Neste sentido, a solidão explica de uma forma

bastante reduzida o domínio físico da qualidade de vida, denotando-se que existem outros fatores que contribuem para este fenómeno. Pode observar-se ainda que 33.0% da variabilidade do domínio psicológico da qualidade de vida é explicada pela solidão e que 28.1% da variabilidade do domínio ambiental da qualidade de vida é explicada pela solidão. Todos os modelos são estatisticamente significativos ( $p < .001$ ).

Através dos valores de beta enunciados na Tabela 8, observa-se que o aumento de 1 unidade na variável solidão se traduz na diminuição do domínio físico da qualidade de vida em .436, o aumento de 1 unidade na variável solidão provoca uma diminuição no domínio psicológico da qualidade de vida em .843 e o aumento de 1 unidade na variável solidão produz uma diminuição no domínio ambiental da qualidade de vida em .540. Estes valores refletem que a solidão tem um efeito negativo nestes domínios.

**Tabela 8.** Regressão linear simples cujas variáveis dependentes são alguns dos domínios da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) perante a solidão

	R	R <sup>2</sup>	Std. Error of the estimate	Beta	<i>p</i>
Domínio físico	.251	.063	15.623	-.436	.000
Domínio psicológico	.575	.330	11.147	-.843	.000
Domínio ambiental	.530	.281	8.019	-.540	.000

Não se validaram os pressupostos da regressão linear para os restantes domínios da qualidade de vida, pelo que a regressão linear não é adequada para modelar a relação entre a solidão e esses domínios (relações sociais e geral).

No modelo de regressão com a satisfação com a vida e a solidão, a qualidade de ajustamento foi avaliada utilizando o coeficiente de determinação  $R^2$ , sendo que 7.8% da variabilidade da satisfação com a vida é explicada pela solidão, como se pode observar na Tabela 9. Desta forma, denota-se que a solidão explica de uma forma muito reduzida a satisfação com a vida, o que ressalta mais uma vez que existem outros fatores que contribuem para este fenómeno. O modelo mostra-se estatisticamente significativo ( $p < .001$ ).

**Tabela 9.** Regressão linear simples cuja variável dependente é a satisfação com a vida e a variável independente é a solidão

	R	R <sup>2</sup>	Std. Error of the estimate	Beta	<i>p</i>
SWLS	.278	.078	4.227	-.132	.000

Analisando o valor de beta, constata-se que o aumento de 1 unidade na variável solidão origina uma diminuição na satisfação com a vida no valor de .132, evidenciando que a solidão tem um efeito negativo na satisfação com a vida.



## **CAPÍTULO 8: DISCUSSÃO**

A solidão, a qualidade de vida e a satisfação com a vida são aspetos de grande relevância que devem ser explorados na população idosa, visto que na Europa e também em Portugal, se verifica um aumento do índice de envelhecimento (FFMS, 2016b). Desta forma, torna-se crucial agir sobre esta população, visando proporcionar qualidade de vida, aumentar os níveis de satisfação com a vida e consequentemente diminuir os estados e sentimentos de solidão.

O presente estudo teve como objetivo primordial analisar os níveis de solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida em idosos institucionalizados e em idosos não institucionalizados, com o intuito de perceber a existência ou não de diferenças significativas entre os dois grupos relativamente a esses mesmo níveis. Também foi objeto do presente estudo perceber se a solidão tem efeito negativo na qualidade de vida, concretamente em cada um dos seus domínios, e na satisfação com a vida, assim como verificar se a solidão tem impacto na qualidade de vida e na satisfação com a vida.

Dada a população em estudo ser idosa e cuja dificuldade de estar enquadrada dentro dos critérios de inclusão optou-se por uma amostragem não probabilística por conveniência. Assim, foram apenas inquiridos os idosos que concordaram e cujas instituições aceitaram participar no estudo.

A amostra deste estudo incorporou 206 pessoas, dos quais 103 sujeitos a residir na resposta social de estrutura residencial para idosos em várias instituições do concelho de Aveiro e do concelho de Ílhavo, e igualmente 103 sujeitos residentes na comunidade dos concelhos supracitados. A amostra total foi constituída por 150 idosos do sexo feminino e 56 idosos do sexo masculino, sendo que dos idosos institucionalizados 75 eram mulheres e 28 eram homens, dados estes que se repetem no contexto domiciliário de forma espontânea.

Os participantes têm idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos ( $M=77.06$ ,  $DP=9.062$ ), mais especificamente o grupo residente em estrutura residencial para idosos com idades que se situam entre os 65 e os 98 anos ( $M=82.86$ ,  $DP=8.171$ ) e o grupo habitante no seu domicílio com idades que variam entre os 65 e os 84 anos ( $M=71.26$ ,  $DP=5.506$ ). Estes dados permitem verificar que os idosos institucionalizados têm uma média de idades superior ao grupo de idosos não institucionalizado.

Quanto ao estado civil, os idosos institucionalizados são predominantemente pessoas que já perderam o seu cônjuge, e por isso viúvas (72.8%). Por outro lado, os gerontes residentes na comunidade são na sua maioria casados (67.0%).

No que reporta à escolaridade, a maioria das pessoas é instruída com o 1º ciclo (institucionalizados 52.0% e não institucionalizados 82.5%), referido pelos idosos como a antiga 4ª classe, o que é compreensível por ser o grau de estudo “obrigatório”/normalizado nesta época. No entanto, é no contexto institucional que se verifica um maior número de pessoas iletradas (25.5%).

Relativamente ao nível de rendimentos, apenas 160 pessoas (77.7%) responderam à questão, pois algumas quiseram manter o sigilo sobre esta informação. No entanto, em contexto institucional verificou-se que muitos idosos não sabem o valor dos seus rendimentos, uma vez que são os filhos ou o seu representante junto da instituição que gerem a reforma, por forma a pagar a mensalidade da institucionalização e outros serviços/bens necessários para o idoso, denotando-se aqui uma desvalorização do papel do idoso na gestão dos seus rendimentos e conhecimento das suas despesas ou mesmo possibilidades de decisão perante o interesse em beneficiar ou não de um determinado serviço. Nesta vertente, destaca-se a necessidade de intervir junto das famílias e instituições, no sentido de dar conhecimento das competências legais e dos direitos e deveres de cada um, visto que tais decisões só devem ser assumidas perante situações comprovadas de interdição/inabilitação, onde o geronte por limitações pessoais não se pode responsabilizar pela sua segurança e gestão de património. Assim sendo, nos casos válidos, 39.4% dos inquiridos tem um rendimento que compreende os 200€ e os 400€, seguindo-se aqueles que recebem uma quantia compreendida entre os 400€ e os 600€ (23.1%) e as pessoas cujo seu salário é inferior a 200€ (23.1%). Neste sentido, constata-se que cerca de 85.6% auferem uma reforma que não dá para a satisfação das suas necessidades do dia a dia (medicação, alimentação, despesas de água, luz, gás). Nesta vertente, urge a necessidade de coresponsabilizar o Estado pela reformulação das medidas de apoio à terceira idade, adaptando-as às novas necessidades inerentes à constante evolução social, avanços na medicina, reestruturação familiar com aparecimento de novas tipologias de família. Salvaguarda-se, no entanto, e de acordo com as pesquisas efetuadas de âmbito bibliográfico e em contacto com instituições de cuidados, que existem medidas de proteção dos idosos mais desfavorecidos, como no caso do idoso institucionalizado a possibilidade de integrar vagas de gestão pela segurança social, com custo mais reduzido

(embora sejam poucas para as necessidades e se limitem a uma margem de 10% do número de vagas por instituição). Por sua vez, para o idoso que pode optar por envelhecer no domicílio, destaca-se a medida do Complemento Solidário para Idosos, que permite o acesso a um complemento económico que reforça os seus baixos rendimentos, dando-lhe mais possibilidades na gestão económica e acesso a bens essenciais. No entanto, são medidas muito escassas ou mesmo desadequadas às necessidades reais, uma vez que as pessoas foram referindo, aquando da aplicação do inquérito, as despesas acentuadas que têm com a medicação, por exemplo.

No que concerne ainda aos dados sociodemográficos, foi questionado à amostra residente em contexto institucional o tipo de visitas que recebe com mais frequência e o motivo da institucionalização. Estes idosos referiram que a visita que recebem com mais frequência é a dos filhos (65.0%). Em casos em que os idosos não têm filhos surgem as visitas dos sobrinhos (6.8%) e irmãos (8.7%), podendo também ser resultado dos filhos residirem longe ou até mesmo fora do país. Em conversa, alguns consideram que a visita dos familiares dos outros idosos também é para si muito importante, fazendo parte da sua rede social de amigos (8.7%). É de salientar que a visita dos cônjuges (4.9%) é muito reduzida, consequência do facto da maior parte dos idosos interrogados serem viúvos. Por outro lado, é lamentável e constrangedor perceber que algumas pessoas institucionalizadas podem nem ter visitas, podendo aumentar assim o seu sentimento de solidão, desvalorização, nesta pequena amostra uma pessoa revelou que ninguém a visita (1.0%), o que é preocupante, contudo pode dever-se ao facto de não ter família ou até por não ter um bom relacionamento com a mesma (desavenças do passado, por exemplo). Quanto ao motivo da institucionalização, a maioria dos participantes diz que residia sozinho (39.8%) e por esse motivo decidiu em conjunto com a família (filhos e netos) ir viver para uma residência para idosos, o segundo motivo mais referido prende-se com a necessidade de cuidados permanentes (31.1%), seguido do motivo de que a família não tem condições para cuidar do idoso (18.4%), apenas 9 idosos disseram que foram para instituição por vontade própria (8.7%) e 2 revelaram não ter ninguém a quem recorrer (1.9%). É notória a necessidade de cuidados que a família não consegue dar resposta quer por serem cuidados mais especializados, quer por não terem condições de acolher o idoso ou mesmo de lhe prestar auxílio na sua própria habitação.

Aos participantes residentes no domicílio foi questionado se tinham cuidador e de que tipo, a composição do agregado familiar e as condições de habitação. A esmagadora maioria respondeu que não tinha cuidador (86.4%) e os idosos que tinham (13.6%) mencionaram que recebiam cuidados por parte do cônjuge, dos filhos e outros familiares (cuidadores informais) e apenas um participante mostrou receber cuidados de um cuidador formal. O agregado familiar destes idosos é sobretudo composto pelo mesmo e pelo cônjuge (48.5%), sendo que há um grande número de idosos que residem sozinhos (21.4%). No que toca às condições de habitação, a maioria tem uma casa confortável (80.6%), seguindo-se os idosos que têm uma casa com condições luxuosas (10.7%) e os restantes mencionam ter uma casa em bom estado de conservação (8.7%). Denota-se assim que são poucos os idosos que têm ao seu dispor todas as comodidades de que necessitam para ter uma velhice mais tranquila e com as acessibilidades necessárias e por consequência com qualidade e satisfação com a vida. No entanto, as suas casas são o seu lar, que construíram e no qual viveram muitos anos. É difícil desapegarem-se das suas casas e das suas memórias para residirem numa instituição, o que, considerando a subjetividade dos conceitos de qualidade de vida e satisfação com a vida e a importância que a habitação e envelhecer no seu espaço têm para o idoso, pode desencadear nele, embora sem todas as condições a que deveria ter direito, um sentimento de satisfação e qualidade de vida.

Quanto às hipóteses de investigação, conseguiu-se validar  $H_1$ , que refere que existem diferenças significativas ao nível da solidão entre os grupos de idosos residentes numa instituição e na comunidade. Facto este comprovado pelo resultado geral ( $p=.004$ ) da escala de solidão (UCLA), mais especificamente pela componente de isolamento social ( $p<.001$ ). Analisando o coeficiente de correlação de Pearson, observa-se que face a esta última componente existe um efeito médio-baixo ( $r=.28$ ) no que concerne às diferenças entre os grupos. Através da inspeção das medianas, pode constatar-se que estas são superiores nos idosos institucionalizados, o que indica que os idosos que residem em contexto institucional parecem apresentar mais sentimentos de solidão face aos idosos que habitam nas suas casas. De acordo com a revisão bibliográfica, este dado pode ser reforçado pelo facto de os idosos não serem devidamente envolvidos e ouvidos nas vivências institucionais, não se sentindo por isso parte do meio em que se encontram, mas apenas um resultado/consequência. Os idosos demonstram que envelhecer nas suas casas junto de pessoas às quais têm um vínculo afetivo é menos penoso, em termos de sentimento de solidão, do que ir morar para uma



instituição que não tem memórias nem objetos seus, onde existem horários impostos, pessoas desconhecidas e não se verifica de forma geral um respeito pelo seu passado e projeto de vida (Cutchin, 2003; Eu Consigo, 2016).

Também  $H_2$  é confirmada, referindo que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que toca à qualidade de vida medida através da escala (WHOQOL-bref, nas suas várias dimensões, isto é, quanto ao domínio físico ( $p < .001$ ), psicológico ( $p < .001$ ), das relações sociais ( $p < .001$ ), ambiental ( $p < .001$ ) e geral ( $p < .001$ ). O domínio das relações sociais permite observar que existem diferenças entre os grupos de magnitude elevada ( $d=0.85$ ). Os restantes domínios apresentam medidas de magnitude de efeito médias. Na inspeção dos dados, verificam-se nos diferentes domínios da escala, médias e medianas superiores nos idosos não institucionalizados.

Por outro lado, não se conseguiu validar  $H_3$  ( $p=.646$ ) no presente estudo, pelo que não se pode afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em consideração no que concerne à satisfação com a vida.

Quanto às regressões lineares entre a solidão e a qualidade de vida nas suas diferentes dimensões, os pressupostos da regressão linear foram validados apenas para os domínios físico, psicológico e ambiental da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref). O modelo confirmou-se estatisticamente significativo ( $p < .001$ ). O coeficiente de determinação indicou que 6.3% da variabilidade do domínio físico da qualidade de vida é explicada pela solidão.

Este domínio pressupõe questões como a existência ou ausência de dor, o cansaço, o sono e o repouso, a mobilidade, a autonomia ou dependência (Serra et al., 2006), pelo que se verifica que a solidão explica estes aspetos, por exemplo uma pessoa que tenha sentimentos de solidão, não dormirá tão bem como uma pessoa que tenha ausência desses sentimentos, assim como uma pessoa que se sinta em solidão não conseguirá estar em total repouso. Contudo, o coeficiente de determinação é muito reduzido, facto explicado pela existência de outros fatores que contribuem para este fenómeno.

O valor de beta define-se como o coeficiente da regressão, representando a variação do domínio físico da qualidade de vida em função da variação de uma unidade da variável solidão. Isto significa que aumentando 1 unidade na variável solidão (variável X) provoca uma diminuição no domínio físico da qualidade de vida (variável Y) no valor de .436, suportando a ideia de que a solidão tem um efeito negativo neste domínio, o que permite validar a  $H_{4a}$ .

No que reporta ao coeficiente de determinação, este indicou que 33.0% da variabilidade do domínio psicológico da qualidade de vida é explicada pela solidão.

O domínio referido contempla sentimentos positivos e negativos, aprendizagem, concentração, autoestima ou aparência (Serra et al., 2006) explicados pela solidão. No que toca à autoestima ou aparência, por exemplo, estas tendem a ser baixas quando o sentimento de solidão é maior. Por outro lado, quanto mais solidão maior é a tendência para sentimentos e pensamentos negativos face aos positivos. Tendencialmente quanto maior a perceção de solidão, maior a probabilidade de ocorrer instabilidade neste domínio.

De acordo com o valor de beta, quando se aumenta 1 unidade na variável solidão verifica-se uma diminuição de .843 no domínio psicológico, o que demonstra que a solidão tem efeito negativo sobre o domínio psicológico da qualidade de vida, permitindo validar a H<sub>4b</sub>.

Por sua vez, o coeficiente de determinação demonstrou que 28.1% da variabilidade do domínio ambiental da qualidade de vida é explicada pela solidão.

O domínio ambiental comporta o ambiente em que a pessoa se insere, a segurança, os cuidados de saúde e sociais ou participação em atividades de lazer (Serra et al., 2006), que podem ser influenciados pela solidão. Isto é, se a pessoa apresentar sentimentos de solidão, tende a não se envolver no meio, minimizando a participação em atividades de lazer ou sociais, podendo chegar a isolar-se e a desconfiar do meio.

Perante o resultado de beta, quando se aumenta 1 unidade na variável solidão denota-se um decréscimo no domínio ambiental no valor de .540, constatando-se que a solidão tem efeito negativo sobre o domínio ambiental da qualidade de vida, o que permite validar a H<sub>4d</sub>.

No que concerne à H<sub>4c</sub>, que refere que a solidão tem efeito negativo no domínio das relações sociais da qualidade de vida, e à H<sub>4e</sub>, que diz que a solidão tem efeito negativo no domínio geral da qualidade de vida, não foi possível validar estas hipóteses, pois não se verificaram os pressupostos da regressão linear, pelo que este método não se mostrou adequado para modelar a relação entre solidão e os domínios das relações sociais e geral da qualidade de vida. Os resultados dos testes de hipóteses supracitados mostraram-se inconclusivos, por não se poder proceder ao cálculo da regressão linear.

Perante a regressão linear efetuada entre a solidão e satisfação com a vida, em que a solidão é a variável independente e a satisfação com a vida é a variável dependente, os

pressupostos da regressão linear foram validados e o modelo mostrou-se estatisticamente significativo ( $p < .001$ ), pelo que se constatou que 7.8% da variabilidade da satisfação com a vida é explicada pela solidão. Deste modo, verificou-se que a solidão explica de uma forma muito reduzida a satisfação com a vida, o que ressalta mais uma vez que existem outros fatores que contribuem para este fenómeno.

Quando se aumenta 1 unidade na variável solidão, a satisfação com a vida diminui em .132, mostrando que a solidão tem efeito negativo sobre a satisfação com a vida, permitindo validar a H<sub>5</sub>.

Os resultados do presente trabalho demonstraram existir uma percepção de maior solidão e de qualidade de vida mais baixa nos idosos institucionalizados pelo que é importante que as estruturas residenciais para idosos apostem numa abordagem de marketing orientada para os serviços. Esta necessidade é suportada pelo panorama económico e social, tendências demográficas e alterações nos padrões tradicionais de relacionamento e suporte familiar.

Nesse sentido, é preciso promover na resposta social de estrutura residencial para idosos estratégias para que o cliente se consiga adaptar ao novo lar como se fosse a sua casa, divulgando essas estratégias na comunidade para desmistificar algumas ideias sobre a institucionalização e assim criar no idoso e comunidade a motivação necessária e indispensável a uma integração saudável, participativa e produtiva. Para isso é crucial perceber que a qualidade é uma exigência da sociedade que certamente deve estar presente em todas as organizações, das quais não são exceção as da área social. Logo, é essencial existir um sistema de gestão da qualidade com vista no incremento da satisfação dos clientes (Pires, 2012).

O pensamento estratégico antecede a gestão estratégica. Sendo o pensamento estratégico um ato que exige continuidade, consistindo na avaliação do meio envolvente que se encontra em constante mudança, através de uma análise que tem como intuito desenvolver novas ideias. É preciso olhar para a instituição como um todo e delinear um percurso para o futuro, devendo criar um plano de ações (plano estratégico) para traçar uma gestão estratégica. Esta é composta pelo pensamento e planeamento estratégico e pela gestão estratégica do *momentum* (concretização do plano estratégico, avaliando o seu êxito e pondo em prática a geração de mais pensamento estratégico) (Mena & Aguiar, 2016).

De acordo com Mena e Aguiar (2016), as empresas necessitam de percorrer cinco passos, que englobam a direção estratégica, o posicionamento atual, o posicionamento competitivo, a avaliação alternativa e o desenvolvimento do plano e implementação, para alcançarem uma posição bem sucedida no mercado. A direção estratégica implica que a organização tome uma decisão no sentido de prestar o serviço todo ou apenas uma parte. O posicionamento atual pressupõe que a empresa perceba exatamente qual é a sua posição atual, para posteriormente dar lugar ao posicionamento competitivo que abarca a compreensão do posicionamento dos concorrentes. O quarto passo diz respeito à avaliação alternativa, onde a organização deverá fazer uma comparação do seu posicionamento atual face ao dos concorrentes, com vista a delinear uma análise que permita perceber as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, tornando-a mais competitiva. Por último, o desenvolvimento do plano e implementação, que passa por definir uma posição para a empresa com as necessidades e expectativas da mesma, baseada num marketing-mix sólido.

As instituições carecem de uma abordagem de marketing que assente primeiramente na análise de preferências do mercado e posteriormente na oferta duma resposta com o objetivo de responder às exigências por ele demonstradas. Por outro lado, as soluções da empresa para os desejos do mercado devem partir do interior da empresa para o exterior, isto é, mediante aquilo que são os recursos e competências da organização, disponibilizar uma resposta para o mercado que seja possível de concretizar com os recursos institucionais e de acordo os custos institucionais de forma a responder às necessidades sociais (Mena & Aguiar, 2016).

As IPSS deverão elaborar uma abordagem realizando uma análise do meio envolvente, do mercado, dos clientes, dos concorrentes e uma análise interna à instituição que visa perceber dificuldades e recursos disponíveis, e ainda o diagnóstico executado pela análise SWOT que atua no nível interno e externo da organização. A análise de mercado deve permitir identificar o mercado-alvo e os serviços que satisfaçam esse mercado, considerar o preço do serviço no sentido de ser admissível para o consumidor mas também para a instituição, por forma a que esta resista e disponibilizar o serviço onde haja a possibilidade do cliente o obter ou até mesmo onde este ache pertinente a sua existência (Mena & Aguiar, 2016).

Posteriormente, deverá formular objetivos que tracem o caminho que a organização deverá seguir, assumindo uma posição especialista, que facilite o acesso a este público específico, os idosos.

De seguida surge a definição de estratégias que passem pela escolha da segmentação de mercado. No caso das IPSS, os fatores de segmentação de mercado de interesse que lhes permitirão uma melhor abordagem estratégica são critérios demográficos (como a idade que deverá ser maior do que 65 anos), critérios geográficos (embora não seja uma obrigatoriedade nas estruturas residências para idosos, porque existem respostas sociais neste sentido em todas as regiões, mas acaba por ser um critério intrínseco), sociais (no caso de instituições públicas, surgindo estas com o intuito de dar resposta às necessidades sociais, tendem a dar prioridade a situações de exclusão social, ausência de retaguarda familiar/rede de suporte, carência económica), económicos (é importante ter uma oferta de qualidade com serviços diferenciados que permitam dar resposta às necessidades dos idosos que tiveram um percurso profissional de sucesso, tendo por isso poder de compra para adquirir um serviço adequado às suas necessidades diferenciadas das típicas da malha social), e de personalidade (referente ao estilo de vida, às experiências profissionais, interesses pessoais, oferecendo um leque de oferta diversificado, por exemplo um espaço para cultivar será tão importante como uma biblioteca). Todos estes critérios devem ser avaliados e ponderados, no sentido de oferecer um serviço de excelência e referência social, como também um serviço com uma visão estratégica de sustentabilidade, onde qualquer atitude/ação concretizada no presente não coloque em causa/risco a existência da instituição. Destaca-se que entre a estrutura residencial para idosos e os serviços da Segurança Social existem vagas que podem ser reservadas (até 10% dos lugares abarcados pelo acordo de cooperação, salvo instituições construídas depois de 2012 ou anteriores desde que no momento da renovação do protocolo de cooperação se comprove que houve financiamento público na construção da instituição), sendo o preenchimento destas, feito por indicação da Segurança Social que dever ser individualizado, com o intuito de oferecer serviços (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012b). Ressalvando os critérios de segmentação e aqueles que são destacados para definir o segmento alvo, deve enveredar-se pelo marketing individualizado oferecendo serviços personalizados, à medida de cada utente, sendo importante adotar um posicionamento que vise a diferenciação.

A instituição de seguida deve elaborar o marketing-mix relativo aos serviços e tendo em conta o segmento a que se destina, reconhecendo a importância da comunicação, que terá que ser bem pensada, por forma a mostrar aos futuros utentes os serviços que são prestados e como o são, de modo a que seja o cliente a procurar o serviço não apenas como a única opção, mas como uma opção agradável; da distribuição para fazer chegar o serviço ao cliente, esta deverá ser eficiente; de adequar o preço às necessidades do cliente, mas também à sua disponibilidade económica. No caso das IPSS, no que respeita a estrutura residencial para idosos, o pagamento desta resposta social é baseado num valor calculado tendo em conta a Circular nº 3 da Segurança Social, devendo o valor resultante ser aprovado pela direção da instituição. Também são tidos em consideração os princípios da solidariedade social, de modo a atribuir valores inferiores aos utentes com menores recursos económicos e assim, tornar esta resposta acessível para todos os públicos-alvo, destacando-se que nas IPSS, se tende a dar relevância às situações de carência económica que não possuem forma de custear outro serviço. Neste sentido, as participações dos utentes serão determinadas pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento per capita do agregado familiar, tendo como referência as normas reguladoras estabelecidas oficialmente para o efeito. O preço é calculado de acordo com a pensão do idoso e o nível de dependência do mesmo. Caso o idoso seja independente, aplica-se uma percentagem de 70%, se o idoso apresentar nível de dependência esta percentagem sobe para 85% (Direção Geral da Ação Social, 1997). Para diferenciar o seu serviço, a instituição deverá focar-se também no marketing-mix dos serviços que dá relevo às pessoas, optando por profissionais especializados, com competência, reconhecimento e próximos da comunidade, estimulando a realização de dinâmicas que permitam a interação da comunidade, tornando-se assim mais do que uma instituição da comunidade, mas acima de tudo para a comunidade (encontros intergeracionais ou interinstitucionais); aos processos, implementando procedimentos exequíveis e eficientes, indispensáveis a uma excelente execução do serviço, relevando também a questão da dignidade na prestação do serviço, pois trata-se de um serviço que carece de muita atenção e dedicação para com os utentes, assentando não só na prestação concreta do serviço mas adequar essa prestação às reais necessidades do utente, adaptando as ajudas técnicas por exemplo às limitações físicas, garantindo que o utente se encontra confortável no decorrer da prestação do serviço. Por outro lado, este serviço deverá ter por base o projeto de vida do idoso e as limitações que a família tem, para dar continuidade ao

mesmo. No que reporta ao apoio familiar, a instituição deve ter presente que a sua participação não pressupõe a substituição da família, mas um apoio contínuo que envolva e responsabilize, sempre que possível, o geronte e a família; e às evidências físicas que se traduzem na infraestrutura dotada de condições que permitam a prestação de um serviço de qualidade que satisfaça e supere as expectativas do cliente, valorizando por exemplo, os benefícios da psicologia ambiental (com cores vivas nos espaços de convívio e de realização de atividades por estas estimularem a criatividade e a participação, e cores pastel nos quartos, locais de culto e descanso por promoverem o relaxamento e tranquilidade) e os efeitos e vantagens da ergonomia. O edifício deve ser adaptado ao público-alvo que irá usufruir dele, neste caso os idosos, e por isso ter todas as acessibilidades necessárias para promover a autonomia dos mesmos e facilitar a prestação dos serviços (como por exemplo, camas elétricas que permitem subir e descer para a altura adequada para o funcionário prestar um serviço de higiene ou posicionamento).

Além das áreas tradicionais (produto, mercado e custo) em que as empresas procuram ser diferenciadoras, as organizações de saúde reconhecem uma nova área à qual deve ser dada bastante importância, a confiança. A confiança é a base de qualquer relacionamento, independentemente da sua natureza. No caso das instituições orientadas para os cuidados de saúde, a confiança é crucial, no sentido de ser dada autoridade/consentimento, pelo utente, ao prestador de cuidados para este prover cuidados adequados e necessários para o bem-estar do geronte. É por isso um agente diferenciador nesta área, que quando quebrado ou perdido poderá trazer custos imprevistos, quer pela perda do cliente, como pela imagem que este pode passar para a comunidade envolvente que leva à descredibilização e perda de confiança face aos serviços prestados pela organização (Mena & Aguiar, 2016).

É assim importante encarar a instituição e os serviços prestados através de uma abordagem sistémica, que para além da opinião dos clientes diretos, se preocupa em conhecer a imagem e perceção que a comunidade e o meio envolvente têm. Para tal, deve procurar alcançar o reconhecimento social, conquistando uma posição de excelência e valorização no meio, tornando-se competitiva face a organizações semelhantes. Por outro lado, através desta abordagem, a instituição conseguirá garantir a sua sustentabilidade, criando necessidades na comunidade que conduzirão à formação de uma lista de espera com clientes que desejam beneficiar desse serviço, reconhecendo nele a solução mais completa e adequada para as suas necessidades, quer pela sua qualidade e excelência.

Desta forma, torna-se fundamental que as instituições prestem serviços humanizados, geradores de um *word-of-mouth* positivo.



## CAPÍTULO 9: CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a percepção que os idosos, tanto institucionalizados como a viver no domicílio, dos municípios de Aveiro e Ílhavo, têm sobre a sua qualidade de vida, satisfação com a vida e solidão. Procurou-se verificar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

De acordo com Mouro (2013), existe uma diferença entre a intervenção com idosos e a intervenção ao nível do envelhecimento, sendo que a primeira diz respeito à disponibilização de cuidados e segurança, enquanto que a segunda se refere às diferenças que existem entre as várias respostas sociais e os cuidados que disponibilizam, “alargando-se ao exercício da pedagogia social e a educação para a saúde” (Mouro, 2013, p.29)

A institucionalização como forma de colmatar algumas necessidades do idoso (como seja o caso de dependência) e até as necessidades da família (por não poder dispensar estes cuidados no domicílio quer seja por falta de condições quer por que a situação do idoso exige cuidados mais especializados) permite uma relação entre o idoso e a sua família mais afetiva no sentido em que não há sobrecarga do cuidador e este último poderá usufruir muito mais das visitas que faz aos idosos, como da possibilidade de o levar a almoçar fora da instituição aos domingos ou passar o natal com a família, uma vez que a família se apresenta emocionalmente mais estabilizada e disponível. Assim, a família poderá aproveitar mais os momentos com o idoso transformando-os em tempos de qualidade para ambos.

É neste sentido que se torna indispensável a utilização de uma estratégia de marketing que permita desmistificar alguns preconceitos associados à institucionalização, permitindo através de publicidade por exemplo, demonstrar as vantagens que esta resposta pode trazer para o bem-estar do idoso e para a disponibilidade da família em aceitar e vivenciar o envelhecimento, não vendo a institucionalização como um substituto de cuidados, mas antes um complemento às necessidades familiares e do idoso.

Não obstante à importância da institucionalização como resposta adequada ao processo de envelhecimento, denota-se por parte dos idosos a necessidade de se manterem integrados e envelhecer no seu domicílio (como se pode ver no estudo apresentado, estes têm maior percepção de qualidade de vida), o que poderá justificar o facto de as instituições serem procuradas sobretudo em caso de dependência da pessoa idosa visando o apoio neste sentido, sendo que estas se preocupam mais com a intervenção com idosos, ou seja, com os cuidados que lhe podem dispensar (assim como a proteção). Por outro lado, quando se fala

na intervenção ao nível do envelhecimento, existe na comunidade a capacidade de gerar políticas para o envelhecimento ativo de onde surge a necessidade de respostas que visem a adaptação da população às novas exigências. Assim, existem respostas humanitárias, convencionadas e direcionadas. As respostas comunitárias correspondem às visitas domiciliárias por voluntariado ou por entidades de segurança pública. As convencionadas reportam-se à institucionalização por períodos temporários ou contínuos. Por fim, as respostas direcionadas comportam os serviços que permitem retardar a institucionalização, como as universidades sénior, espaços seniores, atividades desportivas, que permitam o envelhecimento ativo, participativo e produtivo (Mouro, 2013).

É possível concluir que são os idosos a viver numa instituição que experienciam mais momentos de solidão, sendo um dos motivos desencadeadores da integração na estrutura residencial para idosos, uma vez que grande parte refere ter optado pela institucionalização por viver sozinho, e ter necessidade de recorrer a cuidados de saúde, identificando esta opção como uma possibilidade de manutenção da sua satisfação com a vida, uma vez que responde às suas necessidades. No que reporta à qualidade de vida, esta é superior nos idosos não institucionalizados por poderem manter fatores de valor para eles, como a possibilidade de se sustentarem no próprio domicílio, sem necessidade de um cuidador (mais de três quartos dos idosos entrevistados), na companhia do seu cônjuge, pessoa que escolheram no percurso da sua vida para partilhar os bons e maus momentos, para confidenciar e constituir família.

Por sua vez, e considerando a subjetividade do conceito satisfação com a vida, não foi perceptível a diferença entre os idosos institucionalizados e os idosos a viver no domicílio, o que pode ser explicado pelo facto de grande parte dos inqueridos estar nessa situação (instituição/domicílio) por identificar essa necessidade, sentindo-se sozinhos no domicílio ou com necessidade de apoio nos cuidados de saúde e assim reconhecer a necessidade de integrar em instituição, deduzindo-se que para si identifica esta possibilidade como uma ação para se manter satisfeito com a vida. Por contraponto, no caso do geronte que se mantém no domicílio, este tende a ser mais autónomo, a ter ainda a possibilidade de partilhar cada dia com o seu cônjuge/família e não reconhece por isso a necessidade de ser institucionalizado, o que o leva a sentir-se satisfeito com a sua vida. De facto, não foi possível validar a H<sub>3</sub>.

Os resultados demonstram que solidão tem efeito negativo na qualidade de vida, mais concretamente nos domínios físico, psicológico e ambiental, pelo que se conseguiu validar a H<sub>4</sub>, nomeadamente a H<sub>4a</sub>, H<sub>4b</sub> e H<sub>4d</sub>, referentes a esses domínios. Também foi possível

verificar que a solidão tem efeito negativo na satisfação com a vida, de forma a validar H<sub>5</sub>. Por outro lado, H<sub>4c</sub> e H<sub>4e</sub> mostraram-se inconclusivas, uma vez que não se conseguiu verificar os pressupostos da regressão linear. A Tabela 10 apresenta um resumo das hipóteses de estudo e a sua respetiva validação, rejeição ou inconclusividade.

**Tabela 10.** Hipóteses do estudo

Hipóteses do estudo		Resultados
H <sub>1</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face ao nível de solidão percebido;		validada
H <sub>2</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face ao nível de qualidade de vida percebido;		validada
H <sub>3</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idosos institucionalizado e o grupo de idosos não institucionalizado face ao nível de satisfação com a vida percebido;		rejeitada
H <sub>4</sub> – A solidão tem efeito negativo na perceção de qualidade de vida;	H <sub>4a</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio físico da qualidade de vida;	validada
	H <sub>4b</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio psicológico da qualidade de vida;	validada
	H <sub>4c</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio das relações sociais da qualidade de vida;	inconclusiva
	H <sub>4d</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio ambiental da qualidade de vida;	validada
	H <sub>4e</sub> – A solidão tem efeito negativo no domínio geral da qualidade de vida;	inconclusiva
H <sub>5</sub> – A solidão tem efeito negativo na perceção de satisfação com a vida.		validada

Neste sentido, denota-se a importância de promover a resposta social de estrutura residencial para idosos, propondo estratégias que vão de encontro à adaptação do utente à instituição. É importante que o idoso identifique a instituição como a sua nova casa, e é igualmente relevante que se passe essa ideia/testemunho para o meio envolvente, que se mostre que a instituição pode funcionar como uma nova casa para o idoso, e que este reconheça este facto. Proporcionando, neste sentido, uma integração saudável e voluntária. Contudo, não se pode descurar a qualidade dos serviços, que é vista atualmente como uma exigência da sociedade e que demonstra ter efeitos na satisfação dos utentes (Pires, 2012).

As instituições têm que ser capazes de perceber que hoje há mais do que serviços básicos (alojamento, refeição, higiene, tratamento de roupas). É necessário ouvir o idoso e prestar-lhe atenção, elaborar um plano individual para o utente com vista a dar continuidade ao seu projeto pessoal de vida, de acordo com os seus gostos, interesses, crenças e passado. Tornar os idosos pessoas ativas, oferecer-lhes o sentimento de utilidade e de pertença, promovendo a participação dos mesmos.

Além da instituição tudo dever fazer para alcançar a satisfação dos seus clientes, aqueles que já usufruem do serviço, é igualmente importante transparecer para o meio envolvente aquilo que se pratica na instituição, por forma a cativar futuros utentes.

Contudo, também é importante realçar as respostas para a comunidade, com o intuito de preservar o idoso no seu domicílio, como é o caso dos serviços de apoio domiciliário, também prestados pelas IPSS. Este serviço pressupõe alguns cuidados direcionados para o idoso na sua casa, podendo este manter-se no seu lar e perto das suas memórias, bens-materiais e ver satisfeitas exigências de saúde que dependam de terceiros, no caso dos idosos mais dependentes. Por sua vez, a comunidade responde às necessidades de gerentes autónomos, com capacidade de se deslocarem e se manterem envolvidos na comunidade através de respostas sociais como os centros de convívio, os fóruns da maioridade ou as universidades sénior.

## **9.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA**

Uma limitação deste estudo prende-se com o facto de a amostra ter sido obtida por conveniência, o que compromete as generalizações feitas para a população, uma vez que não estamos perante uma amostra aleatória. Nestes estudos é difícil obter uma amostragem aleatória porque existem diversas limitações associadas como o estado cognitivo, a mobilidade. Também o facto de ser um estudo transversal se tornou uma limitação, por não permitir avaliar as perceções de solidão, qualidade de vida e satisfação com a vida ao longo do tempo.

No que concerne a possíveis investigações futuras, seria interessante poder conduzir um estudo semelhante, porém mais abrangente, com maior número de observações, maior número de instituições envolvidas e em várias regiões do País. Embora se tenha obtido neste estudo o número de observações razoável (N=206) dividido em dois grupos (n=103 para

cada grupo) seria de interesse incluir outras zonas do País para estudar o fenómeno no nível nacional. Seria também de interesse utilizar na investigação futura amostragem probabilística, sendo que no presente trabalho se usou o método não probabilístico. Outro ponto importante prende-se com alargar o estudo para as instituições privadas e fazer entre estas comparações com a comunidade, visto que o presente utilizou uma amostra proveniente de IPSS e da comunidade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social, Revista de Sociologia Da USP*, 26(1), 207–232. <http://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100013>
- Andrade, A. I., & Martins, R. M. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millennium*, 40, 185–199.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Psicosoma.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of american life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- Cardoso, M. C. D. S., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 29(2), 380–393. <http://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200013>
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Universidade Católica Portuguesa.
- Carvalho, M. I., Paoletti, I., & Rego, R. (2011). Para a melhoria dos serviços sociais a idosos pobres em Portugal. *Lusíada. Intervenção Social*, (37), 109–123.
- Costa, D. (2014). Apoio social e qualidade de vida dos idosos. In C. Moura (Ed.), *Idadismo* (pp. 293–303). Euedito.
- Cutchin, M. (2003). The process of mediated aging-in-place: a theoretically and empirically based model. *Social Science & Medicine*, 57, 1077–1090.
- Dantas, J. (2013). *Inovação e marketing em serviços*. Lidel.
- Dias, D. S., Carvalho, C. S., & Araújo, C. V. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira Geriatria E Gerontologia*, 16(1), 127–138.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). Satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Direção Geral da Ação Social. (1997). Modelo de regulamento das participações dos utentes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS.
- Direção Geral da Segurança Social da Família e da Criança. (2006). Respostas sociais - nomenclaturas/conceitos. Retrieved from [http://www.ame-eixo.com/resposta\\_social.php?Lang=pt](http://www.ame-eixo.com/resposta_social.php?Lang=pt)
- Eu Consigo. (2016). Envelhecer em casa – a propósito do novo estatuto do cuidador.

- Retrieved September 17, 2016, from <http://www.projectoeuconsigo.pt/cuidados-casa-novo-estatuto-cuidador/>
- Eurostat. (2015). Quality of life in Europe - facts and views - overall life satisfaction. Retrieved April 14, 2016, from [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_in\\_Europe\\_-\\_facts\\_and\\_views\\_-\\_overall\\_life\\_satisfaction#Life\\_satisfaction](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_in_Europe_-_facts_and_views_-_overall_life_satisfaction#Life_satisfaction)
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57–65.
- Ferreira, M. (2007). Transição à reforma, qualidade de vida e envelhecimento. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1).
- FFMS. (2016a). Indicadores de envelhecimento. Retrieved April 14, 2016, from <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- FFMS. (2016b). População residente: total e por grandes grupos etários - Portugal. Retrieved April 25, 2016, from <http://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+total+e+por+grandes+grupos+etários-513>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4ª edição). SAGE.
- Fitzsimmons, J., & Fitzsimmons, M. (2010). *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação* (6ª edição). bookman.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ª edição). Lisboa.
- Fortin, M.-F. (1996). *O processo de investigação*. Décarie Éditeur.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2016). Carta social.
- Galinha, I. C., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203–214.
- Gomes, M., Lessa, J., & Sá, R. (2007). O papel do idoso nas dinâmicas sociais de realização do ser no mundo com o outro. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 7–12.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).
- Jauregui, J. G. (2015). Vejez Y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo, 21(2), 199–205.
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saude Pública*, 41(1), 131–138.



<http://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100018>

- Jose, J. P., & Cherayi, S. (2016). Age identity , social exclusion and wellbeing : implications for elder inclusive societies. *Indian Journal Og Gerontology*, 30(2), 143–167.
- Karen. (2012). Um olhar sobre os idosos que moram sozinhos. Retrieved September 17, 2016, from <http://www.webartigos.com/artigos/um-olhar-sobre-os-idosos-que-moram-sozinhos/82486/>
- Kotler, P., Armstrong, G., Saunders, J., & Wong, V. (2001). *Principles of marketing* (3ª edição).
- Kumari, C. (2015). Elderly perception of loneliness and ways of resolving it through positive ageing. *Journal of Gerontology*, 29(3), 322–330.
- Leite, M. T., Battisti, I. D., Berlezi, E. M., & Scheuer, Â. I. (2008). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 250–257.
- Lindon, D., Lendrevie, J., Lévy, J., Dionísio, P., & Rodrigues, J. (2008). *Mercator XXI: teoria e prática do marketing* (11.ª edição). Dom Quixote.
- Lo, B. (2008). Abordando questões éticas. In S. Hulley, S. Cummings, W. Browner, D. Grady, & T. Newman (Eds.), *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica* (3ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, R. F., Lopes, M. T. F., & Camara, V. D. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6(3), 373–381. <http://doi.org/10.5335/rbceh.2009.036>
- Lovelock, C. (1983). Classifying services to gain strategic marketing insights. *Journal of Marketing*, 47(3), 9–20. <http://doi.org/10.2307/1251193>
- Lovelock, C., Wirtz, J., & Hemzo, M. Â. (2007). *Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e estratégia* (7ª edição). Pearson.
- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 75–84.
- Martins, A. (2007). Envelhecimento, sociedade e cidadania. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 76–78.
- Martins, R. (2002). Envelhecimento demográfico. *Millennium*, 26, 1–6.
- McPherson, M., Smith-lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*,

71(3), 353–375.

- Mena, R., & Aguiar, P. (2016). *Health care marketing: como criar, gerir e melhorar uma estratégia de marketing de saúde centrada nas pessoas*. Texto.
- Meneses, D., Júnior, F., Melo, H., Silva, J., Luz, V., & Figueiredo, M. (2013). A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enfermagem Em Foco*, 4(1), 15–18.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012a). Portaria n.º 67/2012. *Diário Da República*, 1ª série(58), 1324–1329.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012b). Protocolo de cooperação de 2011-2012, celebrado entre o Ministério da Solidariedade e Segurança Social e a União das Mutualidades Portuguesas.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2013a). Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. *Diário Da República*, 1ª série(21), 605–608.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2013b). Portaria n.º 96/2013 de 4 de março. *Diário Da República*, 1ª série(44), 1191–1193. Retrieved from WWW.dre.pt
- Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1991). Decreto-Lei nº391/91. *Diário Da República*, 1ª série-A(233), 5277–5281.
- Moura, C. (2006). *Século XXI: século do envelhecimento*. Lusociência.
- Moura, C. (2012). As novas tendências demográficas. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 27–36). Euedito.
- Mouro, H. (2013). Envelhecimento, políticas de intervenção e serviço social. In M. I. Carvalho (Ed.), *Serviço social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Nicholson, N. (2012). A review of social isolation. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2–3), 137–152.
- Ornelas, A. M., & Vilar, D. (2011). O processo de institucionalização da pessoa idosa: a influência de factores pessoais e da rede social. *Revista de Intervenção Social*, (37), 125–144.
- Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C., & Carrasco, M. M. (2006). *Psiquiatria geriátrica* (2ª edição). Barcelona: Elsevier.
- Pais, J. M. (2012). A esperança em gerações de futuro sombrio. *Estudos Avançados*, 26(75), 267–280. <http://doi.org/10.1590/S0103-40142012000200018>
- Pais, J. M. (2013). Tempos de solidão. *Ciência Hoje*, 14–15.

- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Climepsi Editores.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Pereira, F. A. (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(2), 6–10.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A. R. (2012). *Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Sílabo.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-loneliness para idosos portugueses. *Interações: Sociedade E Novas Modernidades*, 18, 65–77. Retrieved from <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewArticle/304>
- Pocinho, R., & Santos, G. (2014). Aprendizagem e qualidade de vida das pessoas. In C. Moura (Ed.), *Idadismo* (pp. 125–134). Euedito.
- Quivy, R., & Compenhoudt, L. Van. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª edição). Gradiva.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª edição). Porto: Livpsic.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lidel.
- Russell, D. W., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. [http://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203\\_11](http://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11)
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer: um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lidel.
- Santana, S., Szczygiel, N., & Redondo, P. (2014). Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms. *International Journal of Integrated Care*, 14(4), 1–10. Retrieved from <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN:NBN:NL:UI:10-1-114781/2426>
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1996). *Psychometric intelligence and aging*. New York: McGraw Hill.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos

- cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Senior Concierge. (n.d.). O direito de envelhecer em casa: saiba como funciona o Aging in Place.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41–49.
- Silva, S., Mendes, R., Marques, F., Soeiro, D., Tavares, J., Parreiral, S., & Ramalho, A. (2015). Contributo para uma abordagem multidisciplinar do envelhecimento: teoria, investigação e prática. *EXEDRA - Revista Científica*, 1–3.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXVI*(3), 503–5015.
- Tadajewski, M., & Jones, D. G. B. (2014). Historical research in marketing theory and practice : a review essay. *Journal of Marketing Management*, 30, 1239–1291. <http://doi.org/10.1080/0267257X.2014.929166>
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2015). A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *British Journal of Community Nursing*, 20(7), 329–334.
- Vargas, H. (1981). Aspectos psicologicos e psicopatológicos do envelhecimento. *Semina*, 8(2), 203–207.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade : um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiol*, 8(3), 246–252.
- Waterschoot, W., & Bulte, C. (1992). The 4P classification of the marketing mix revisited. *Journal of Marketing*, 56, 83–93. <http://doi.org/10.2307/1251988>
- Weinstein, B., Sirow, L., & Moser, S. (2016). Relating hearing aid use to social and emotional loneliness in older adults. *American Journal of Audiology*, 25, 54–61. <http://doi.org/10.1044/2015>
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- Zeithaml, V. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: what we know and what we need to learn. *Journal of the Academy of Marketing*

*Science*, 28(1), 67–85. <http://doi.org/10.1177/0092070300281007>

Zeithaml, V., Bitner, M., & Gremler, D. (2013). *Services marketing: integrating customer focus across the firm* (6<sup>a</sup> edição). bookman.



## **ANEXOS**





## ANEXO 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Estudo:** Solidão nos idosos: impacto na qualidade de vida e satisfação com a vida

**Investigadores responsáveis:** Professora Doutora Nina Szczygiel (Universidade de Aveiro), Mafalda Simões Almeida (Universidade de Aveiro)

No âmbito da minha dissertação de Mestrado venho por este meio solicitar a sua colaboração. O objetivo deste trabalho é analisar a relação entre a solidão e a qualidade de vida e a satisfação com a vida e averiguar se existem diferenças significativas no nível de solidão percebida nos idosos a viver em diferentes contextos (institucional/não-institucional). Este estudo pretende contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema, sendo necessária a participação de pessoas que estejam institucionalizados na resposta social estrutura residencial para idosos e pessoas que habitem no seu domicílio ou de outrem, ou seja que se encontrem em ambiente não institucional.

Desta forma, a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação, orientada pela Professora Doutora Nina Katarzyna Szczygiel, será apresentado na Universidade de Aveiro podendo, se desejar, contactar a sua autora para ter conhecimento dos resultados.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A sua participação é voluntária.

Toda a informação fornecida será estritamente confidencial e anónima, ou seja, a sua identidade nunca será revelada em qualquer publicação.

---

(Mafalda Almeida)

Tomei conhecimento das explicações supracitadas.

Declaro que aceito participar neste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1-Idade: \_\_\_\_\_ ☐<sub>999</sub> NS/NR

2-Género: ☐<sub>1</sub> Feminino ☐<sub>2</sub> Masculino

3-Estado Civil: ☐<sub>1</sub> Casado(a) ☐<sub>2</sub> União de facto ☐<sub>3</sub> Solteiro(a)  
☐<sub>4</sub> Viúvo(a) ☐<sub>5</sub> Divorciado(a) ☐<sub>999</sub> NS/NR

4-Localidade: ☐<sub>1</sub> Gafanha do Carmo ☐<sub>2</sub> Gafanha da Encarnação ☐<sub>3</sub> Gafanha da Nazaré  
☐<sub>4</sub> Ílhavo ☐<sub>5</sub> Aveiro ☐<sub>999</sub> NS/NR

5-Nível de Escolaridade: ☐<sub>1</sub> Nenhum ☐<sub>2</sub> Ensino básico (1º ciclo) ☐<sub>3</sub> Ensino básico (2º ciclo)  
(o mais alto concluído) ☐<sub>4</sub> Ensino básico (3º ciclo) ☐<sub>5</sub> Ensino secundário (12º ano) ☐<sub>6</sub> Licenciatura  
☐<sub>7</sub> Pós-graduação ☐<sub>8</sub> Mestrado ☐<sub>9</sub> Doutoramento  
☐<sub>999</sub> NS/NR

6-Institucionalizado: ☐<sub>1</sub> Sim ☐<sub>2</sub> Não

6.1-Qual a instituição: ☐<sub>1</sub> Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Nazaré ☐<sub>2</sub> CASCI ☐<sub>3</sub> Centro Comunitário da Gafanha do Carmo  
☐<sub>4</sub> Centro Comunitário da Vera Cruz ☐<sub>5</sub> Lar Amélia Madaíl ☐<sub>6</sub> Patronato de Vilar  
☐<sub>7</sub> Fundação Casa do Pessoal da Segurança Social de Aveiro ☐<sub>8</sub> Centro Paroquial de São Bernardo

6.2-Que visitas recebe com mais frequência: ☐<sub>1</sub> Cônjuge ☐<sub>2</sub> Filhos ☐<sub>3</sub> Netos

	<input type="checkbox"/> 4 Irmãos	<input type="checkbox"/> 5 Sobrinhos	<input type="checkbox"/> 6 Amigos
	<input type="checkbox"/> 7 Outros familiares	<input type="checkbox"/> 8 Ninguém	<input type="checkbox"/> 999 NS/NR
6.3-Motivos da institucionalização:	<input type="checkbox"/> 1 Vontade própria	<input type="checkbox"/> 2 Estava sozinho em casa	<input type="checkbox"/> 3 A família não tem condições para cuidar do idoso
	<input type="checkbox"/> 4 O idoso precisa de cuidados permanentes	<input type="checkbox"/> 5 O idoso não tinha ninguém a quem recorrer	<input type="checkbox"/> 999 NS/NR
7-Se não institucionalizado, tem cuidador:	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 999 NS/NR
7.1-Tipo de cuidador:	<input type="checkbox"/> 1 Cônjuge	<input type="checkbox"/> 2 Filho(s)	<input type="checkbox"/> 3 Outros familiares
	<input type="checkbox"/> 4 Amigo(a)	<input type="checkbox"/> 5 Vizinho(a)	<input type="checkbox"/> 6 Cuidador formal
	<input type="checkbox"/> 7 Empregado(a)	<input type="checkbox"/> 999 NS/NR	
7.2-Agregado familiar:	<input type="checkbox"/> 1 Cônjuge	<input type="checkbox"/> 2 Filho(s)	<input type="checkbox"/> 3 Neto(s)
	<input type="checkbox"/> 4 Irmão(s)	<input type="checkbox"/> 5 Outros familiares	<input type="checkbox"/> 6 Sozinho
	<input type="checkbox"/> 999 NS/NR		
8-Condições de habitação:	<input type="checkbox"/> 1 Casa luxuosa e com todo o conforto	<input type="checkbox"/> 2 Casa confortável	<input type="checkbox"/> 3 Casa em bom estado de conservação
	<input type="checkbox"/> 4 Casa sem água canalizada, saneamento ou eletricidade.	<input type="checkbox"/> 999 NS/NR	
9-Rendimento:	<input type="checkbox"/> 1 Menos de 200€	<input type="checkbox"/> 2 Entre 200€ e 400€	<input type="checkbox"/> 3 Entre 400€ e 600€
	<input type="checkbox"/> 4 Entre 600€ e 800€	<input type="checkbox"/> 5 Entre 800€ e 1000€	<input type="checkbox"/> 6 Mais de 1000€
	<input type="checkbox"/> 999 NS/NR		

### ANEXO 3 – ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
1. Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	1	2	3	4
2. Sente que não tem alguém com quem falar	1	2	3	4
3. Sente que é insuportável estar só	1	2	3	4
4. Sente que tem falta de companhia	1	2	3	4
5. Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	1	2	3	4
6. Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	1	2	3	4
7. Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	1	2	3	4
8. Não se sente íntimo de qualquer pessoa	1	2	3	4
9. Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	1	2	3	4
10. Sente-se abandonado	1	2	3	4
11. Sente-se completamente só	1	2	3	4
12. É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	1	2	3	4
13. As suas relações sociais são superficiais	1	2	3	4
14. Sente-se com muita vontade de ter companhia	1	2	3	4
15. Considera que na realidade ninguém o conhece bem	1	2	3	4
16. Sente-se isolado das outras pessoas	1	2	3	4
17. Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	1	2	3	4
18. É-lhe difícil fazer amigos	1	2	3	4
19. Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	1	2	3	4
20. Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	1	2	3	4

**Nota:** os itens seleccionados (3, 6, 14 e 20) apresentaram uma correlação muito fraca no estudo de Pocinho et al. (2010), pelo que foram retirados na validação da escala para a população portuguesa. Desta forma, a versão portuguesa da escala de solidão (UCLA) passa a comportar apenas 16 itens.



#### ANEXO 4 – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida?					

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?					

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?					
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?					
5. Até que ponto gosta da vida?					
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?					
7. Até que ponto se consegue concentrar?					
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?					

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?					
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?					
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?					

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?					

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?					
17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?					
18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?					
19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?					
20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?					
21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?					
22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?					
23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?					
24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?					
25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					



## ANEXO 5 – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)

	Discordo muito	Discordo pouco	Indiferente	Concordo pouco	Concordo muito
1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5
2. As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5
3. Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	1	2	3	4	5
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5